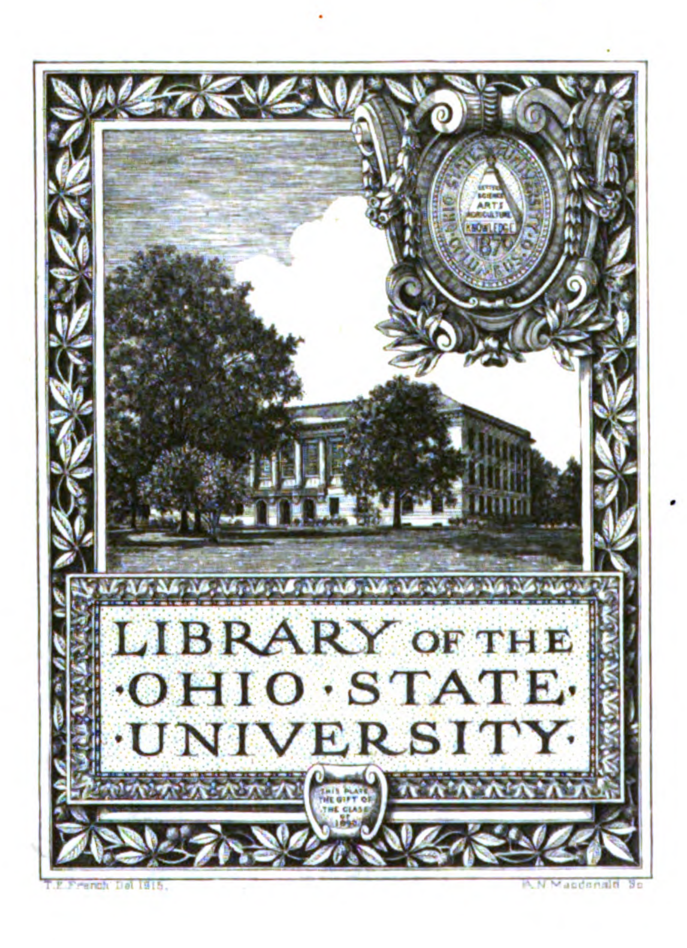



LIBRARY OF THE
·OHIO·STATE·
·UNIVERSITY·

Begründet von **H. Auspitz** und **F. J. Pick.**

ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Dr. ARNING, Dr. BEHREND, Dr. BESNIER, Prof. BERGH, Prof. BOECK, Prof. DUHRING, Prof. v. DÜRING, Dr. EHRMANN, Dr. ELSENBERG, Prof. EPSTEIN, Dr. FABRY, Prof. FINGER, Dr. J. GRÜNFELD, Prof. HASLUND, Prof. v. HEBRA, Dr. C. HERXHEIMER, Dr. HOCHSINGER, Dr. HOROVITZ, Prof. JADASSOHN, Prof. JANOVSKY, Prof. JARISCH, Dr. JOSEPH, Prof. KÖBNER, Dr. KOPP, Prof. LANG, Dr. LEDERMANN, Prof. ŁUKASIEWICZ, Dr. LUSTGARTEN, Dr. du MESNIL, Prof. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. OBERLÄNDER, Prof. PETERSEN, Prof. POSPELOW, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Prof. RIEHL, Dr. RÓNA, Dr. O. ROSENTHAL, Dr. SCHIFF, Dr. SCHÜTZ, Dr. SCHUSTER, Prof. STUKOWENKOW, Dr. SZADEK, Prof. TARNOWSKY, Dr. TOUTON, Dr. ULLMANN, Dr. VEIEL, Dr. v. WATRASZEWSKI, Prof. WELANDER, Dr. WINTERNITZ, Prof. WOLFF, Dr. v. ZEISSL

und in Gemeinschaft mit

Prof. Caspary, Königsberg **Prof. Doutrelepont,** Bonn **Prof. Kaposi,** Wien **Prof. Lesser,** Berlin **Prof. Neisser,** Breslau **Prof. Schwimmer,** Budapest

herausgegeben von

Prof. F. J. Pick in Prag.

Neununddreissigster Band.



Mit vierzehn Tafeln.

Wien und **Leipzig.**
Wilhelm Braumüller,
k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.
1897.

K. u. k. Hofbuchdruckerei A. Haase, Prag

Inhalt.

Original-Abhandlungen.



Originalabhandlungen.





Ueber multiple Dermatomyome.

Von

Hofrath Prof. **Neumann** in Wien.

(Hierzu Taf. I—IV.)

Die Hautmyome gehören im Allgemeinen und die multiplen Dermatomyome insbesondere zu den seltensten Affectionen, so dass selbst Fachmänner der pathologischen Anatomie, und Chirurgen, desgleichen Dermatologen, welche ein grosses Beobachtungsmaterial besitzen, gar keinen oder höchstens singuläre Fälle zu Gesicht bekommen. Das Interesse, welches sich an die multiplen Dermatomyome knüpft, liegt jedoch nicht in ihrer Seltenheit, sondern in nosologisch wichtigen, noch nicht klar gestellten Momenten, wie dem Ausgangspunkt und der Art ihrer Entstehung, der Langwierigkeit des progressiven Stadiums gleichwie der nahezu exceptionellen Stabilität in der Acme und der Eigenthümlichkeit, dass in den einzelnen Fällen und zwar in der Regel nur in vollständig entwickelten Tumoren, spontaner oder durch äussere Einwirkung hervorgerufener, mitunter sehr heftiger Schmerz vorhanden ist, während er in andern gänzlich fehlt.

Klinisch gelangen die multiplen Dermatomyome hauptsächlich durch die Schmerzhaftigkeit und grosse Ausbreitung, durch die Spärlichkeit charakteristischer Erscheinungen bedingte Schwierigkeit der Diagnose, deren Sicherstellung die Biopsie erfordert, zu erheblicher Bedeutung. Die spärliche Casuistik dürfte die Mittheilung des folgenden typischen Falles von einfachen multiplen Dermatomyomen genügend motiviren.



Derselbe betrifft die 54jähr., anämische und abgemagerte, schwachsinnige A. St., welche wegen eines ulcerösen Syphilides an der Nasenwurzel der Klinik übergeben wurde. Die Untersuchung der allgemeinen Decke ergibt an der äussern Fläche des linken Oberarmes disseminirt schrotkorn- bis kleinerbsengrosse, über das Hautniveau elevirte, theils runde, theils elliptische, glatte, an der Peripherie lichtbraun, im centralen Theile heller gefärbte Knoten. Sie erscheinen scharf begrenzt, wie in die Haut eingesprengt, mit ihr beweglich, derb, weder spontan, noch gegen Fingerdruck abnorm empfindlich. Die Färbung abgerechnet, bietet ihre epidermidale Bedeckung keine Differenz gegen die Umgebung. Die zwischen den Efflorescenzen gelegenen Hautpartien bieten in Bezug auf tactile und thermische Reize keine Anomalie dar. Im Ganzen zeigen die Efflorescenzen, wie Besnier,[1] welcher zuerst eine genaue Darstellung der Affection lieferte, hervorhob, ein Aussehen, welches der Urticaria papulosa am nächsten steht.

An der Innenfläche des rechten Oberarmes finden sich drei erbsengrosse, an der Peripherie rothgefärbte — desgleichen über der Rückenhaut disseminirt, zahlreiche hirsekorn- bis erbsengrosse, den erstgeschilderten im Uebrigen gleichbeschaffene Efflorescenzen.

Auf Grund der vorliegenden Erscheinungen war die Diagnose nicht festzustellen und die Biopsie unerlässlich. Es wurde daher ein Knoten excidirt und der mikroskopischen Untersuchung unterzogen. Diese ergab folgenden histologischen Befund. Die Hauptmasse besteht aus in den verschiedensten Richtungen, zum Theile der Hautoberfläche parallel verlaufenden, vielfach sich kreuzenden Bündeln glatter Muskelzellen, die demgemäss theils in Querschnitten, theils in ihrer Länge mit dem charakteristischen Kern sich präsentiren. Die Muskelzellen sind zum Theil von normaler Dimension, zum Theil dünner und gleichzeitig kürzer. Zwischen den Muskelbündeln finden sich faseriges Bindegewebe und in ansehnlicher Menge elastische Fasern. In und zwischen dem Bindegewebe und zwischen den Muskelbündeln verlaufen die spärlichen Blutgefässe, welche stellenweise von Rundzellen umgeben sind. Letztere finden sich auch an den Gefässen des Papillarkörpers, welcher wie die Epidermisschicht sehr verschmächtigt erscheint. Sowohl nach auf- als nach abwärts nehmen die Muskelzellen allmälig an Menge ab, so dass die Abgrenzung nach beiden Richtungen zumeist aus

[1]) Les dermatomyomes (fibromyomes, liomyomes ou myomes cutanés. Ann. de Dermat. et de Syphiligr. II. p. 1. 1880. 25 ff.



Bindegewebe besteht, und nur wenig Muskelzellen nach oben an den Papillarkörper, nach der Tiefe das Niveau der Knäueldrüsen erreichen. Die Haarbälge sind spärlich, die Talgdrüsen in der Wandung durch Rundzellen verdickt. Nächst ihnen liegen dichte Muskelzellen der Arrectores pilorum. Nerven wurden nicht gefunden, an den Arterien ausser der bereits erwähnten, keine Veränderung der Wandung, welche auf einen Zusammenhang der neugebildeten Muskelzellen mit denen der Blutgefässe schliessen lassen konnte. Dieser Befund bietet ein typisches Bild des reinen Dermatomyom, wie es zuerst von Besnier (bez. Balzer l. c. 32—33) namentlich aber Arnozan und Vaillard [1]) nach einem mit Purpurin behandelten Präparat beschrieben wurde, mit dem Unterschiede, dass in dem vorliegenden Falle keine Nerven sich vorfanden. Doch bieten die multiplen Dermatomyome neben der grossen Uebereinstimmung in den essentiellen histologischen Elementen auch erhebliche Differenzen dar, so dass wir abweichend von Babes' [2]) Eintheilung, zwei Formen unterscheiden möchten. Die eine Form bildet das rein musculäre Myom, dessen Hauptmasse aus glatten Muskelzellen, fibrillärem Bindegewebe und elastischen Fasern besteht, letztere jedoch so schwach vertreten sind, dass die Neubildung nicht als Fibro-Myom bezeichnet werden kann. Die zweite: das cavernöse Myom, welches nebst glatten Muskelzellen reichlich Blutgefässe und den Bau cavernöser Gebilde aufweist. Bemerkenswerth ist, dass beide Formen neben einander vorkommen, wie in dem von Virchow [3]) beobachteten Falle, der sie als Myoma teleangiectodes unter die erectilen Geschwülste rangirte. In diesem Falle, wo in einem Zeitraum von 13 Jahren sich ein Dutzend höchst schmerzhafter Knoten

---

[1]) Myomes à fibres lisses, multiples, confluents et isolés de la peau. Société d'Anatom. et de Physiol. de Bordeaux. Séance du 7. dec. 1880. Journ. de med. de Bordeaux. 1881. Ann. de Derm. et de Syph. 1881. 60.

[2]) Handbuch der Hautkrankheiten. v. Ziemssen's Handb. d. spec. Pathol. und Therap. XIV. 2. 499. Nach Babes bilden die cavernösen Myome eine und die multiplen Dermatomyome die zweite Species der Hyperplasien der Arrectores pilorum. Da auch die cavernösen Hautmyome multipel vorkommen, ist die Eintheilung Babes' nicht zutreffend.

[3]) Ueber cavernöse (erectile) Geschwülste und Teleangiektasien. Archiv. 1854. 6. 553—54.



an der Brustwarzengegend (eines Mannes) entwickelt hatten, bestand der eine der ausgeschnittenen Tumoren fast ganz aus Muskelzellen, während der zweite, „namentlich gegen seine Oberfläche hin, äusserst zahlreiche ganz weite Gefässschlingen führte, aus denen nach unten eine Menge feinere Gefässe hervortraten. Mitten in dem Gewebe fanden sich grosse Nervenstämme mit mehrfacher Auflösung in Aeste.“ Die hierauf von Förster[1]), Klob[2]), Sokolow[3]) mitgetheilten Fälle betreffen solitäre Hautmyome, welche gleich dem von Virchow nicht bloss in Bezug auf die histologische Natur sondern auch Localisation der Neubildung in Betracht kommen. Klob hat die von ihm untersuchten zwei, etwas über bohnen- und kirschengrossen Geschwülste, da sich Muskelfasern nur in sehr untergeordneter Anzahl nachweisen liessen, unter die Fibroide der Mamma aufgenommen. Es handelte sich demnach in diesem Falle um ein Fibromyoma; während Sokolow ausdrücklich hervorhebt, dass das Gewebe der von ihm untersuchten Geschwulst kein Fibromyom, sondern ein reines „Myoma laevicellulare“ (recte: „levicellulare“) war. Die Zwischenräume der einzelnen Muskelzellen waren nämlich, nach Angabe des Autors, ebenso eng wie sie sich „im reinen Muskelgewebe zeigen, d. h. sie entsprachen der Kittsubstanz, welche in KHO aufgelöst war“.

Dem gegenüber bietet der von Besnier (l. c. 34) angeführte Fall Verneuil's Verschiedenheiten des histologischen Baues der Knoten, die bedeutender sind als im Falle Virchow's. Während ein Theil der Knoten gefässlos war, hatten andere reichlich Gefässe (un lacis vasculaire extrêmement riche) gleichwie Nervenfasern; einzelne auch quergestreifte Muskelfasern, ähnlich den Herzmuskelfasern. In sämmtlichen Knoten fanden sich glatte Muskelzellen vor.

---

[1]) Myome am Scrotum. Wiener med. Wochenschr. 1858. 130 und Handbuch der spec. path. Anat. 2. Aufl. 1863. 1042. Handbuch d. allgem. pathol. Anat. 344.

[2]) Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. 1864. 492.

[3]) Myoma laevicellulare (Leiomyoma) der r. Brustwarze. Virchow's Archiv. 1873. 58. 316.

Auch die von Jadassohn[1]) untersuchten zwei Fälle zeigen bemerkenswerthe Verschiedenheiten. Der erste der von ihm beobachteten bez. untersuchten Fälle lieferte einen mit dem unserigen, die Nerven ausgenommen, fast völlig gleichen histologischen Befund. Auch hier war zwischen den Muskelbündeln fibrilläres Bindegewebe vorhanden, welches nach der Peripherie hin stärker wurde, die spärlichen Gefässe verliefen in diesen bindegewebigen Interstitien, an deren Wand Jadassohn keine Abnormität finden konnte, die Rundzellen in unregelmässigen Haufen von wechselnder Zahl und Grösse, „eingekeilt in die zwischen den Muskelbündeln vorhandenen Lücken" (in denen wir auch Gefässe verlaufen sahen). Die grössten dieser Rundzellenhaufen schlossen sich an die Talg- und Schweissdrüsen an. Die ganze Muskelmasse war durchsetzt und begleitet von einem sehr reichlichen Maschenwerk elastischer Fasern. Nervenstämmchen fanden sich bloss an der Unterseite eines Knotens, nicht in dem Tumor selbst. In zwei kleineren Knötchen fand sich „ein weit maschiges Netzwerk von Muskelbündeln, das sich augenscheinlich sehr viel weiter erstreckte als makroskopisch das Knötchen zu constatiren gewesen war. Bestimmte Beziehungen auch dieser kleinen Tumoren zu irgend einem normalen Bestandtheile der Haut, speciell zu den Haarbälgen bezw. den Arrectores oder zu Arterien liessen sich trotz Durchsicht einer grossen Anzahl von Schnitten — nicht nachweisen."

Im zweiten Falle, in welchem die Anfangsstadien des Processes sehr deutlich ausgesprochen waren, liess sich mit vollster Sicherheit die Bildung der Knötchen im Anschluss an einen Haarfollikel constatiren, indem aus jedem der kleinsten Knötchen ein Stumpf eines Lanugohaares hervorragte. Nervenfasern waren auch hier nicht vorhanden und fehlte auch der Schmerz trotz des seit der Kindheit bestehenden Leidens der 37jährigen Kranken.

In dem bereits erwähnten, von Arnozan und Vaillard beobachteten Falle, in welchem die Schmerzen am Vorderarm am intensivsten sowohl spontan als auf äussere Einwirkung

[1]) Zur Kenntniss der multiplen Myome der Haut. Virchow's Arch. 1890. 121. 88.

auftraten, wie Druck, Schlag, Kratzen, thermische Reize (Kälte und Hitze), wurden die schmerzhaften Knoten auf jeden Reiz, welcher den Schmerz auslöste, blass und farblos und bekamen erst allmälig mit dem Beginn des Nachlasses der Schmerzen ihr früheres Colorit. Diese Erscheinung war habituell und konnte nach Belieben hervorgerufen werden. Dabei ergab die mikroskopische Untersuchung spärliche Gefässe im Innern feine Arterien, die von Bindegewebe umgeben, keine unmittelbare Verbindung mit den glatten Muskelzellen der Neubildung zeigten, (entourées d'une atmosphère conjonctive et jamais au contact immediat des fibres lisses). An den mit Osmiumsäure behandelten Schnitten vermochten auch diese Autoren nur an einzelnen ein bis zwei sehr feine Nervenfäden zu constatiren. Die Haarbälge und die Knäueldrüsen fanden sie unverändert. (l. c. 65).

V. Brigidi und G. Marcacci.[1]) welche die bis zur Zeit der Publication ihres Falles mitgetheilten Fälle von Hautmyom tabellarisch zusammenstellten, erklären bezüglich der Gefässe: „on ne voit pas de vaisseaux dans la masse, mais le tissu conjonctif circonvoisin abonde en artères dont la couche musculaire paraît hypertrophiée; l'adventice garnie de petites cellules lymphoïdes et la lumière considerablement rétrécie obstruée en partie par des cellules lymphoïdes.

Sie constatiren den absoluten Mangel an Nerven in der Neubildung, bloss die lateralen Partien waren mit solchen versehen. Wir schliessen hieran den Befund von Hess,[2]) welcher (abweichend von fast allen andern) angibt, dass die kleinen Tumoren, in ihrem Innern von Bindegewebe nicht durchzogen sind und gefässarm oder vollständig gefässlos erscheinen. Peripherisch dagegen ist die Vascularisation reichlicher. „Die Musculatur dieser peripherischen Gefässe ist stark entwickelt, und setzt sich unmittelbar in die Faserzüge der Tumormasse fort.“ Die Existenz von reichlichem, nahezu parallelfaserigem Bindegewebe ringsum die grösseren Tumoren führt Hess auf Verdrängung

---

[1]) Des myomes cutanés (Imparziale 1881). Ann. de Dermat. et de Syphiligr. 1882. II. p. 119.

[2]) Ein Fall von multiplen Dermatomyomen an der Nase. Virchow's Archiv. 1890. 120, 321.

und Compression von Seiten der (neugebildeten) Musculatur zurück. Die Druckwirkung äussert sich nach ihm besonders deutlich am Papillarkörper, welcher über den grösseren Knoten eine Abplattung zeigt. Ebenso sind die Haarwurzeln und Hautdrüsen in der Nähe zur Seite geschoben. Nach ihm ist die Betheiligung der Arrectores pilorum nirgends nachweisbar.

Hess gibt weiters an, dass bei stärkerer Entwicklung die Muskelfasern diffus in das umgebende Bindegewebe eintreten, und sich in unregelmässiger Weise in demselben ausbreiten, an andern Stellen aber sich schärfer von demselben abtrennen; und dass die letzteren Formen, als das Anfangsstadium der circumscripten Tumoren aufzufassen seien. Lukasiewicz [1]) behauptet, „dass man oft den weitern Verlauf der stärker entwickelten Muskelfasern (sc. der Gefässe) im Neugebilde selbst verfolgen kann"; also einen unmittelbaren Zusammenhang der Muskelzellen der Blutgefässe mit denen der Neubildung. Weiters erklärt er, dass auch die Knäueldrüsen „nicht unbetheiligt an der Neubildung bleiben", indem er sowohl um die einzelnen Knäuel herum, als auch in ihrer Wand stärkere Entwickelung von glatten Muskelfasern und diffuses Eintreten derselben in das umgebende Neugebilde constatiren konnte. Eine „abnorme" Entwicklung von Nervenfasern, aus der sich die Schmerzhaftigkeit der Tumoren erklären liesse, konnte auch er nicht nachweisen.

Angesichts dieser Verschiedenheiten des histologischen Befundes, kann es nicht befremden, dass die Ansichten der Autoren betreffs des Ausgangspunktes der Neubildung auseinander gehen. Allgemein wird angenommen, dass präformirte Muskelzellen der Cutis das Bildungsmaterial, den Ursprungsherd der Neubildung abgeben. Es darf jedoch nicht ausser Acht gelassen werden, dass im Hinblick auf den Vorgang der Neubildung von Muskelfasern aus dem Bindegewebe im schwangern Uterus, und der von J. Arnold nachgewiesenen Neubildung von glatten Muskelzellen im Bindegewebe einer pleuritischen

[1]) Ueber multiple Dermatomyome. Archiv f. Dermatol. u. Syphilis. 1892. 33.



Schwarte, auch das Bindegewebe der Cutis als Bildungsherd keineswegs absolut ausgeschlossen werden könne. Wenn man jedoch den Standort der Myome berücksichtigt, dass sie nämlich mit Vorliebe an Stellen sich entwickeln, wo in der Haut glatte Muskelzellen in reichlicher Menge sich vorfinden, wie in der Warzengegend der Brustdrüse, dem Scrotum, dem äussern weiblichen Genitale, ferner die Lage der Neubildung in der Cutis selbst, ist nicht zu bezweifeln, dass diese an präformirte Muskelzellen der Haut anknüpft. Aber eben die Frage, welchen Gebilden der Cutis die Muskelelemente angehören, die den Ausgangspunkt der Neubildung abgeben, wird von den Autoren verschieden beantwortet. Auf der einen Seite wird behauptet, dass die Arrectores pilorum den Ursprungsherd bilden, und Babes' Ansicht bezw. Eintheilung gemäss, bilden die multiplen Dermatomyome eine Form von Hyperplasie der Arrectores pilorum. Es unterliegt keinem Zweifel, dass, wenn auch diese Ansicht zu weit geht, wohl in den meisten Fällen diesen angehörige Muskelzellen der Ausgangspunkt der Neubildung sind. Die Tiefe, in welcher die Knoten sitzen, spricht nicht gegen ihren Ursprung von den Arrectoren, indem diese, wie ich constatirte,[1]) bei manchen Individuen an gewissen Hautpartien nach aufwärts bis an den Papillarkörper, nach abwärts in mehrfachen Zügen bis an das Fettgewebe der Cutis sich erstrecken. Dass bei den entwickelten Tumoren kein unmittelbarer Zusammenhang mit den Haarfollikeln bez. deren Muskelapparat besteht, kann nicht als absolut giltiger Beweis gegen die Statthaftigkeit des Ausgangspunktes von den Arrectoren betrachtet werden. Es kann nämlich durch die an der Peripherie der Tumoren stattfindende Neubildung von Bindegewebe eine Lösung des ursprünglichen Zusammenhanges herbeigeführt werden. Hiefür besitzen wir sehr viele Analoga. Ferner ist zu beachten, dass bei vielen Dermatonosen, wie beispielsweise bei Lichen ruber, Lichen syphiliticus, Prurigo, demnach bei Affectionen, wo der Haarbalg Reizungen ausgesetzt und verstopft wird, constant Hypertrophie dieser Muskeln vorgefunden wird. Bei Syphilis, Variola und anderen Krankheiten sind die Arrectoren in eminenter Weise betheiligt.

[1]) Sitzungsberichte der Akad. d. Wissensch. Math. Nat. Cl. 1863.

Dass die musculösen Elemente der Blutgefässe den Ausgangspunkt der Neubildung abgeben, ist bisher nur von den Venen, in einem von Aufrecht[1]) an der Vena saphena, und einem zweiten von Böttcher[2]) an der Vena ulnaris beobachteten Falle sichergestellt. Was die Arterien betrifft, haben Brigidi und Marcacci auf Grund des vorhin angeführten histologischen Befundes erklärt, dass die Knoten aus der Muskulatur der Tunica media der nächstgelegenen Gefässe, hauptsächlich der Arterien und der der Gänge der Schweissdrüsen hervorgehen. Dieser Ansicht ist Hess in Bezug auf die Arterien beigetreten, obschon sein Befund ebensowenig wie der der früher genannten Autoren einen unmittelbaren Zusammenhang der Muskelzellen der Knoten mit den Muskelzellen der Gefässhaut, wie der bisher alleinstehende von Lukasiewicz, constatirt. A priori ist diese Provenienz nicht zu negiren und eine Lösung des Zusammenhanges mit der Neubildung durch die Contraction der Arterien unschwer zu erklären. Doch dürften die muskulösen Elemente der Blutgefässe, angesichts der Thatsache, dass an ihnen ausserhalb der nächsten Umgebung der Neubildungen, ja an diesen selbst, keine Anomalie sich vorfand, die Rundzellen an einzelnen Punkten nur eine accidentelle Erscheinung sind, wohl nur selten der Ausgangspunkt der Neubildung sein. Im Falle Brigidi und Marcacci war eine ex- und intensive Gefässerkrankung vorhanden, aber der von ihnen behauptete genetische Zusammenhang derselben mit den Knoten, war durch den histologischen Befund nicht erwiesen. Dass auch andere als die gedachten Muskelelemente der Haut den Bildungsherd der Myome abgeben können, ist nach der herrschenden Auffassung nicht zu negiren.

Was die Vermehrung der Muskelzellen bez. das Wachsthum der Neubildung betrifft, dürfte sie hauptsächlich, vielleicht zur Gänze auf Theilung der vorhandenen Muskelzellen beruhen, wofür die Anwesenheit kleiner dünner Zellen neben solchen von normaler Dimension spricht. Für die Annahme einer theilweisen Bildung aus Plasmazellen liegen positive Anhaltspunkte nicht vor.

---

[1]) Virchow's Archiv. 1868. 44.

[2]) Ibidem.



Völlig im Dunkeln sind wir in Bezug auf die Aetiologie. Die geringe Anzahl der Fälle bietet keine Aufschlüsse darüber, wodurch die Neubildung der muskulären Elemente angeregt und durch so lange Zeit unterhalten wird. Der Heredität, dem Alter und Beruf lässt sich mit Bestimmtheit ein ätiologischer Einfluss nicht einräumen. Vom 3. Lebensjahre (wo im Fall Hess das Leiden auftrat) bis zum 65. (F. Challand) sind die verschiedensten Altersstufen und verschiedene Berufe vertreten, so dass die Angabe von Brigidi und Marcacci, dass die Affection in der mittleren Lebensperiode auftritt, nicht zutrifft. Dagegen lässt sich auf Grund der Frequenz der Krankheit in beiden Geschlechtern ein Einfluss nach dieser Richtung als wahrscheinlich annehmen. Von 16 Fällen (die solitären von Förster, Sokolow, Axel-Key und Santesson ausgeschlossen) entfallen 11 auf das weibliche — 5 auf das männliche Geschlecht. Beachtenswerth ist, dass die Mehrzahl der Kranken mit schweren Krankheiten allgemeiner Natur behaftet, oder perennirenden Reizen ausgesetzt war. Die von Besnier beobachtete Kranke war eine Wäscherin, mit Rheumatismus behaftet, und später mit Neoplasmen verschiedenen Charakters (Carcinom der Mamma, Fibromyom des Uterus); der von Brigidi und Marcacci beobachtete Kranke war in einer Salpeterfabrik beschäftigt und später ein Strassenpflasterer, und im zweiten Falle Jadassohn's war die Neubildung der Knoten, laut Angabe der Kranken, im Anschluss an die Impfung in der Ellbogengegend des rechten Armes, aufgetreten. Ob und welcher Art von Beziehungen zwischen der Allgemeinerkrankung, in unserem Falle der Lues, beziehungsweise der anhaltenden Irritation und der Myombildung obwalten, ist derzeit nicht zu entscheiden.

Die Entwicklung der multiplen Dermatomyome erstreckt sich über eine Zeitdauer, welche fast von keiner anderen Neubildung erreicht wird, und sie sind von einer Langlebigkeit, welche nur von den tolerirten Warzen und Keloiden, die bis an das Lebensende getragen werden, übertroffen wird. Die Knoten nehmen äusserst langsam an Grösse zu und überschreiten nach den bisherigen Beobachtungen nicht die Dimension einer Kirsche. Hierin und in der Schmerzlosigkeit der meisten, manifestirt sich der eminent benigne Charakter dieser Neoplasien.

Die Vermehrung der Knoten erfolgt schubweise in der Umgebung bestehender, oder auch entfernt in einem anderen Hautbezirke, aber doch immer an einem beschränkten Rayon. Die Intervalle sind verschieden lang, ein völliger Stillstand ist in dem, soviel ich weiss einzigen usque ad vitae finem beobachteten Fall von Besnier nicht eingetreten. Doch können, wie bereits Jadassohn's Beobachtung lehrt, die Knoten spontan eine Involution eingehen, wahrscheinlich durch Fettmetamorphose in Folge unzulänglicher Ernährung. Kalkablagerung haben Brigidi u. Marcacci gefunden. Die im Falle Besnier post mortem vorgenommene Untersuchung der Knoten ergab keine merklichen histologischen Veränderungen gegenüber den ersten mikroskopischen Befunden.

Die klinisch wichtigste Erscheinung bilden die Schmerzen. Sie treten, wie bereits erwähnt wurde, in den vollständig entwickelten Knoten ein, spontan, auf mechanische, oder thermische Reize in Anfällen von verschiedener Intensität und Dauer, welch letztere bisweilen über 6 Stunden und darüber sich erstreckt. Manche Kranke sind auch in dem Intervall zwischen den Anfällen nicht völlig schmerzfrei. Wodurch es bedingt ist, dass nur die entwickelten Knoten schmerzhaft werden, dass sie in manchen Fällen nur auf äussere stärkere, in manchen auf äusserst leichte Reize mit Schmerz reagiren, dass letzterer so lange anhält, und wodurch die spontanen Anfälle ausgelöst werden, ist bisher keineswegs genügend klargestellt. Diese Erscheinungen waren nicht in allen Fällen mit dem jeweiligen Befunde in Uebereinstimmung. Die Frage, warum bloss die vollständig entwickelten Knoten schmerzhaft werden, könnte dahin beantwortet werden, dass sie, wie Unna[1]) behauptet, „in ähnlicher Weise wie bei Tubercula dolorosa nur von der abnormen Spannung einiger Nervenäste, durch die sich vergrössernde Geschwulst abhängig sind". Dies dürfte für manche Fälle zutreffend sein. Dagegen ist jedoch zu bemerken, dass Knoten ganz gleicher Dimension nicht schmerzhaft sind, der durch abnorme Spannung der Nerven erzeugte Schmerz permanent ist, und nur in der Inten-

[1]) Orth. Handb. d. spec. pathol. Anatomie. Hautkrankheiten. Ergänzungsbd. II. Th. 365.



sität wechselt; dass endlich viel voluminösere Geschwülste anderer Kategorie an denselben Standorten, wenig oder keinen Schmerz erzeugen. Plausibler insofern als sie zutreffender ist, ist die Annahme, dass erst die vollständig entwickelten bez. grossen Knoten, Nerven durch Einbeziehung der Umgebung, möglicherweise auch durch Neubildung erhalten, die entweder durch spontane oder durch äussere Reize ausgelöste Contraction der Muskelfasern einen Druck oder eine Zerrung erleiden. Hiefür sprechen die bereits hervorgehobenen Erscheinungen an den Knoten während der Schmerzanfälle im Falle Arnozan und Vaillard, gleichwie die oft die äusserlich wahrnehmbaren Grenzen bedeutend überschreitende Ausbreitung der Neubildung der Fläche nach. Die Intermittenz und die lange Dauer der Contraction der glatten Muskelfasern erklären in ungezwungener Weise das anfallweise Auftreten und die lange Dauer der Schmerzanfälle. Dass die glatten Muskelzellen in den Myomen sich contrahiren, ist durch die Beobachtung erwiesen. Bei Mangel von Nervenfasern in und um die Knoten fehlt selbstverständlich auch der Schmerz.

In diagnostischer Beziehung bieten die multiplen Dermatomyome nicht mehr die gleichen Schwierigkeiten dar wie Besnier, der dieselben in beredter Weise schildert. Weder seine heimischen Genossen, noch die gründliche Kenntniss auswärtiger Dermatologen, unter welchen einige der hervorragendsten sich befanden (le savoir profond de quelques dermatologistes étrangers, dont quelques — uns des plus éminents), vermochten eine sichere Diagnose zu stellen. Nach langem Rathen und Umfragen blieb diesem Autor zur Sicherstellung der Diagnose bekanntlich nur der eine Weg offen, der auch heute zu diesem Behufe eingeschlagen wird, die Biopsie, d. i. Excision eines Tumor zur mikroskopischen Untersuchung bez. Eruirung des Charakters der Neubildung. Eine Reihe von Hautaffectionen, welche Besnier diagnostisch noch in Betracht zog, wie die papulösen Hautausschläge, die subcutanen falschen und wahren Tubercula dolorosa können derzeit im Vorhinein, im Hinblick auf äussere Erscheinung, Localisation insbesondere Entwicklung und Dauer, ausgeschlossen werden. Die letztere auch mit Rücksicht auf die Differenzen im Schmerz. Mit Keloid

haben die Knoten des multiplen Dermatomyom bis in eine gewisse Phase Aehnlichkeit in Form, scharfer Begrenzung, Consistenz, Localisation und auch Schmerzhaftigkeit. Doch zeigen Entstehung und namentlich Entwicklung einen so bedeutenden Unterschied, dass bei einer genauen Untersuchung eine Verwechslung vermieden werden kann.

Die Prognose ist quoad valetudinem nicht — wohl aber quoad sanationem ungünstig. In Anbetracht jedoch, dass bisher nur der eine Fall von Besnier usque ad finem beobachtet wurde, konnten über wichtige Momente des ganzen Krankheitsprocesses keine Aufschlüsse gewonnen werden. Hiezu ist die Beobachtung einer grossen Anzahl von Fällen über einen, wie die bisherigen Erfahrungen zeigen, die Lebensdauer umfassenden Zeitraum erforderlich. Vielleicht bietet uns die Beobachtung des vorliegenden Falles die Gelegenheit zur Klärung mancher der noch dunkeln Erscheinungen.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. I—IV.

Taf. I. Abbildung des Falles.

Taf. II. Partie des Oberarmes von demselben Falle.

Taf. III. Durchschnitt durch ein Knötchen. Färbung mit Pikrokarmin.

Zeiss Objectiv *A*; Ocular 2, Vergrösserung 50.

a Längsschnitte. ***b*** Querschnitte von Zügen glatter Muskulatur. ***c*** Talgdrüse. ***d*** Haarfollikel. ***e*** Gefässquerschnitte. ***f*** Gefässlängsschnitte.

Taf. IV. Zeiss Objectiv *E*; Ocular 2; Vergr. 390 zeigt eine Talgdrüse ***a*** mit verdickter Wandung ***b*** und daran inserirendem Arrector pili, welcher ohne scharfe Begrenzung in das Myom übergeht. ***c*** Querschnitte, ***d*** Längsschnitte von Zügen glatter Muskulatur, ***e*** Bindegewebs-Septa.

Ueber die sogenannte diphtheroïde Form des venerischen Geschwürs auf dem Cervix uteri.

Von

Dr. **C. Rasch,**

erstem Assistenten an der Klinik für Hautkrankheiten der Universität Kopenhagen.

Das venerische Geschwür (der weiche Schanker) auf dem Halse der Gebärmutter gehört zu den ziemlich selten vorkommenden Affectionen. Da dasselbe auch morphologische Eigenthümlichkeiten darbietet, welche von den gewöhnlichen Typen dieses Schankers stark abweichen, und welche Veranlassung zu diagnostischen Irrthümern geben können, habe ich es der Mühe werth erachtet, folgende drei Fälle, welche ich in der letzten Zeit wahrzunehmen Gelegenheit gehabt habe, mitzutheilen.

1. Fall. 36jährige Frau, welche am 22. Februar 1896 in die dermatologische Klinik des Communehospitals gebracht wurde, deren Chef, Prof. Haslund ich für die Erlaubniss, das Journal benutzen zu dürfen, hiermit danke. Der Mann der Patientin wurde drei Wochen vorher im Hospital an einem venerischen Geschwür auf dem Frenulum, dem ein beiderseitiger Bubo folgte, behandelt. Die Pat. hatte vor 2 Monaten zum vierten Mal geboren. Das Kind, dem nichts fehlte, wurde gleichzeitig des Stillens wegen aufgenommen. Pat. theilte mit, dass sie ungefähr seit einem Monat einen eiterigen Ausfluss aus der Scheide gehabt habe. Irgend ein Geschwür an den äusseren Geschlechtstheilen habe sie indessen nicht wahrgenommen. Ein solches war jedoch wahrscheinlich vorhanden gewesen, da sie 3 Wochen lang eine schmerzhafte Drüsengeschwulst in der linken Leistenbeuge gehabt hatte. Bei der Untersuchung fand sich unbedeutender Ausfluss aus der Harnröhre und reichlicher eiteriger Ausfluss aus der Scheide. Auf dem Halse der Gebärmutter um das Orificium,



welches an den Seiten eingerissen war, fand sich auf der etwas evertirten Schleimhaut eine Affection, welche sich als gruppenweise auftretende, confluirende, papulöse Hervorragungen mit fein granulöser Oberfläche von gelber Farbe darstellte. Jede einzelne Hervorragung war von einer Grösse, welche zwischen Erbse und Bohne varirte. Bei der geringsten Berührung zeigte sich starke Blutung. Der Rand war gebuchtet, polycyklisch. Die Affection war nach aussen von der blassrothen Schleimhaut auf dem Cervix scharf begrenzt, schien sich aber nach innen bis in den Cervicalcanal zu erstrecken. Keine Ulcerationsprocesse an den äusseren Geschlechtstheilen. Während der Behandlung mit Alaundouche, Tannin-Glycerin-Tampon in der Scheide und späterer Wasserdouche wuchs die geschwulstartige Masse auf dem Collum gleichmässig und beständig im Laufe der folgenden 16 Tage. Da man wegen des geschwulstartigen Charakters der Affection nicht an die Möglichkeit eines venerischen Geschwürs glaubte und sehr geneigt war, ein beginnendes Epitheliom anzunehmen, wurde ein Keil zu mikroskopischer Untersuchung ausgeschnitten. Diese Untersuchung zeigte indessen, dass nur eine diffuse und bedeutende Rundzelleninfiltration ohne Spur von epithelialer Neubildung [1]) vorhanden war. Am 17. März wurde die Behandlung geändert, indem man mit täglichem Einpudern mit Jodoform und trocknem Wattetampom in die Scheide begann. Am 21. März konnte man notiren: Nach 3tägiger Behandlung mit Jodoform ist die Affection auf dem Cervix flacher und hat an Grösse bedeutend abgenommen. Der gelbe pseudomembranöse Belag ist verschwunden, und die Farbe ist roth geworden. Da der weiche Schanker die einzige Erkrankung ist, bei welcher Jodoform eine so hervorragende, fast specifische Wirkung kat, so war so gut wie bewiesen, dass die Affection auf dem Collum ein Schanker sein müsste. Um zu noch grösserer Gewissheit zu kommen, wurde eine Inoculation auf dem Unterleib gemacht, welche jedoch erfolglos war, vielleicht weil das Gift durch die angewandte Jodoformbehandlung schon geschwächt worden war, oder weil man vielleicht statt des von dem Schanker abgesonderten Eiters etwas von dem reichlichen Secret aus dem Cervicalcanal, welches das Collum überschwemmte, genommen hatte. Indessen war uns der Zufall günstig, da ein am 24. März durch Autoinoculation entstandenes typisches venerisches Geschwür auf der Uretralpapille von länglichrunder Form, 1 Cm. lang und 3—4 Mm. breit mit scharfen Rändern und graugelbem, anhaftendem Belag gefunden wurde.

Am 1. April war die beschriebene Affection auf der Gebärmutter vollständig verschwunden, dagegen blieb bis zum Tage der Entlassung eine rothe, leicht granulöse kreisförmige Erosion um das Orificium, aus welcher eine reichliche Absonderung eiterigen Schleims (eine einmalige

---

[1]) Die Untersuchung auf dem Ducrey'schen Bacillus ergab ein negatives Resultat. Das Präparat war aber 8 Tage in Alkohol aufbewahrt gewesen und unter diesen Umständen gelingt es nie, diese Mikroben zu färben. (Mündliche Mittheilung von Dr. Krefting in Christiania.)



Untersuchung zeigte keine Gonococcen) stattfand. Am 23. April war das Geschwür in der Harnröhre geheilt. Während des ganzen Aufenthaltes im Hospital hatte man dann und wann einen eiterigen Ausfluss aus der Harnröhre, welcher bei der wiederholten Untersuchung keine Gonococcen zeigte, beobachtet. Die Drüsenentzündung in der Regio inguinalis wurde unter der Behandlung mit Eis und Bleiplatte im Laufe von 3 Wochen resorbirt. Am 30. April konnte Pat. entlassen werden, ohne dass sich bei ihr oder bei dem Kinde, welches jetzt über 4 Monate alt war, Symptome von Syphilis gezeigt hätten.

Dass die beschriebene Affection auf dem Collum ein venerisches Geschwür gewesen ist, dafür sprechen also folgende Umstände: 1. Venerisches Geschwür bei der inficirenden Person, 2. Autoinoculation eines venerischen Geschwürs bei der Patientin selbst, 3. Heilung durch Jodoform.

2. Fall. Pat., eine 30jährige unverheiratete Arbeiterin, welche vor $3^1/_2$ Jahren geboren hatte, und welche früher nicht venerisch inficirt gewesen war, gab an, $2^1/_4$ Monate vor der Aufnahme (am 16. Juni) angesteckt worden zu sein. Hier wurden eine grosse Menge genitaler und perigenitaler, folliculärer Schanker und auf dem Halse der Gebärmutter mit dem Orificium als Centrum eine 2 Mark grosse, über die übrige Schleimhaut etwas hervorspringende, leicht blutende Geschwürfläche, mit graugelbem, anhaftendem Belag gefunden. Die Inoculation von dieser Fläche auf dem Unterleib ergab einen typischen weichen Schanker. Nach 3tägiger Jodoformbehandlung wurde der graugelbe Belag abgestossen, und die Oberfläche wurde hellroth und granulös. Der Ausfluss aus dem Collum war unbedeutend, aber mit Eiter vermischt, und Pat. hatte Ausfluss aus einer paraurethralen Krypte zugleich mit jener diffusen, zähen, periurethralen Geschwulst, welche man gewöhnlich bei Frauen findet, welche einen chronischen Harnröhrentripper haben oder gehabt haben. Es zeigten sich keine Symptome von Syphilis, nur eine recht bedeutende Infiltration in einigen der geheilten Folliculitiden.

3. Fall. 43jährige Frau, aufgenommen am 23. Juli, am 21. Aug. entlassen. Vor 7 Jahren ist sie vom Manne mit Syphilis inficirt worden. Keine Recidive in den letzten drei Jahren. Ihr jetziges Leiden besteht seit 14 Tagen. (Ansteckung vor 3 Wochen). Auf den äusseren Geschlechtstheilen und auf den perigenitalen Hautpartien finden sich 13 venerische Geschwüre typischer Art und von verschiedener Grösse. (Inoculation +.) Auf der centralen Partie des Collum Uteri drei hervorragende, leicht blutende Plaques von grauröthlicher-graugelblicher Farbe und ein flaches erbsengrosses Geschwür. Reichlicher eitriger Ausfluss aus dem Cervicalcanale. Inoculation auf dem Unterleibe von den hypertrophischen Plaques gibt ein negatives Resultat, während eine von dem flachen Geschwür gemachte Inoculation positives Resultat gibt. 29. Juli 2 neue Geschwüre auf dem linken Schenkel (Autoinoculation). 21. Aug: Unter Behandlung mit warmen Bädern, Scheidenausspülungen, Aetzungen mit Carbolsäure und Jodoformverband sind jetzt alle neunzehn Geschwüre vernarbt und die Patientin wird als



geheilt entlassen. Doch besteht natürlich noch die chronische Endometritis Während des Hospitalsaufenthaltes ist kein Zeichen von Syphilis wahrgenommen worden.

Wenn schon die venerischen Geschwüre auf dem Cervix überhaupt sehr selten sind, so scheint die beschriebene diphtheroide Form den meisten, selbst den Syphilidologen vom Fach unbekannt zu sein, obgleich dieselbe, wie wir später sehen werden, wahrscheinlich die häufigste ist. In den allermeisten Hand- und Lehrbüchern findet man nichts darüber, ja selbst in Lang's Specialarbeit (Das venerische Geschwür, Wiesbaden 1887) findet man mit keinem Worte erwähnt, dass das venerische Geschwür auf dem Collum zuweilen Eigenthümlichkeiten, wie in den oben beschriebenen Fällen,[1]) darbietet. Trotzdem ist diese klinische Form schon von dem berühmten Gynäkologen Bernutz in einer Mittheilung an die Soc. méd. des hôp. in Paris 1853 unter dem Namen „Chancre diphthéritique" beschrieben (cf. die unten citirte Abhandlung von Schwartz). B. unterschied dieselbe indessen nicht ätiologisch von dem syphilitischen Schanker. Der erste, welcher dies that, war A. Guérin (1864) in seinen „Maladies des organes génitaux externes de la femme". Desprès (1870) warf die verschiedenen Formen wieder zusammen. 1872 erwähnt Fournier mit A. Guérin als Gewährsmann (in dem Artikel Chancre in Jaccoud's Dictionnaire), dass ausser den gewöhnlichen multiplen, tiefen, scharfgeränderten Geschwüren auf dem Halse der Gebärmutter eine Form vorkommen könne, welche als „une sorte de plaque jaunâtre ou d'un blanc grisâtre, assez analogue à une fausse membrane diphthéritique, et faisant un relief plus ou moins considérable au dessus de la muqueuse" beschrieben wird. Ein Jahr nachher 1873 machte Ch. Schwartz das venerische Geschwür und den syphilitischen Schanker auf dem Collum uteri zum Gegenstand einer Dissertation (Étude sur les chancres du col utérin. Paris 1873, Delahaye). Seine Arbeit ist ein Ausdruck für Fournier's Anschauungen und Lehren. F's. klinische Vor-

[1]) Dasselbe gilt von den gynäcologischen Handbuchern. Selbst in einer so neuen Arbeit wie Winter's Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik. Leipzig 1896, ist diese Form nicht erwähnt. Die Beschreibung des venerischen Geschwürs auf dem Cervix ist auf die übliche Beschreibung dieser Schanker, wie sie auf der Haut vorkommen, beschränkt.



lesungen im Anfang der 70ger Jahre machte der Verwirrung und der Verwechslung der verschiedenen Krankheiten, welche früher so allgemein gewesen war, ein Ende. F. hat später selbst (Leçons sur la syphilis chez la femme, 2 édit. 1881) bei Besprechung der Differentialdiagnose zwischen dem syphilitischen Schanker und dem venerischen Geschwür auf dem Collum eine kurz gefasste Darstellung der verschiedenen Formen, unter denen das venerische Geschwür sich auf dem Collum zeigen kann, gegeben. Im selben Jahre (1881) hat Molènes in den „Annales du dermatologie" unter dem Titel: „Contribution à l'étude de chancre non infectant du col de l'utérus (variété diphthéroide) folgende 2 Fälle von ganz derselben Art wie unser erster Fall beschrieben.

1. 21jähriges Mädchen; 2 Geburten, wonach Leukorrhoe. Bei der Untersuchung fanden sich 2 Geschwüre auf den grossen Lippen, ein Geschwür in der linken Genitocruralfalte, eine Menge Geschwüre im Introitus und um die Uretralpapille. Auf dem Collum uteri sah man eine hervorspringende Plaque mit rothem Rande und weissgelbem Belag sowie zahlreiche gefurchte Depressionen („gleichwie die Oberfläche des Gehirns mit seinen Gyri und Sulci"). Ausserdem 2 Geschwüre in dem obersten Theil der Scheide. Positive Inoculation. Dauer: 3 Wochen.

2. 26jähriges Mädchen; 2 Geburten. Chronische Endometritis. Auf der grossen Lippe eine Menge folliculärer Geschwüre; auf dem Collum uteri 2 mamelonnirte, hervorspringende Plaques mit weissgrauem diphtheroidem Belag, bestehend aus mehreren durch Furchen getrennte Protuberanzen. Mehrere Geschwüre in der Scheide. Das Geschwür auf dem Collum heilte erst im Verlauf von 6 Wochen. Pat. hatte zugleich chronische Metritis und Endometritis und bei der Entlassung blieb eine Erosion auf dem Collum. Während 3 monatlicher Beobachtung kein Symptom von Syphilis.

Seit Molènes Mittheilung im Jahre 1881 scheint der diphtheroide Schanker auf dem Cervix (wie überhaupt das venerische Gebärmuttergeschwür) nur einmal in der Literatur erwähnt worden zu sein. und zwar von Di Bella & Ingria (Sulla ulcera non infettante muliebre, La Sicilia medica. Tome I, ref. in diesem Archiv 1890), welche mittheilen, dass sie auf dem Collum venerische Geschwüre beobachtet haben, welchen in der Regel der scharfe Rand und der vertiefte Grund fehlte. während sie sich dagegen als eine graue, etwas über das Niveau der Schleimhaut hervorspringende, mit einer diphtheroïden Pseudomembran bedeckten Plaque zeigen.



Wenn man auf Grund unserer und der in der Literatur berichteten Fälle eine Beschreibung des diphteroïden Schankers auf dem Collum geben soll, so lässt es sich in aller Kürze mit folgenden Worten thun. Das venerische Geschwür auf dem Collum uteri kann, anstatt sich als ein tiefes, scharfgerändertes Geschwür zu zeigen, als eine papulös hervorspringende, mit einer anhaftenden Pseudomembran bedeckte, zuweilen ganz geschwulstartige Masse mit unebener, gefurchter und knolliger Oberfläche, von gelber Farbe und mit polycyklischer oder runder Contour, welche von den Umgebungen scharf abgegrenzt ist, auftreten. Der erste und dritte von unsern 3 Fällen ist ein Typus für diese Form. Zu anderen Zeiten bildet dieses Geschwür, wie in unserem zweiten Falle, eine einzelne, nur schwach hervorspringende Plaque von der Grösse eines Markstücks, welche sonst dieselben Eigenthümlichkeiten wie im erstgenannten Falle darbietet. Beide Formen zeigen grosse Neigung selbst bei leichter Berührung, z. B. mit einem Wattetampon, zu kleinen Hämorrhagien, eine Eigenthümlichkeit, welche in unsern Fällen sehr hervortretend war, und welche auch von früheren Beobachtern des weichen Schankers auf dem Collum im Allgemeinen erwähnt wird (Suchaneck, Scanzoni und Dawosky, cit. bei Schwartz). Die Frage, warum der Schanker in gewissen Fällen das beschriebene Aussehen annimmt, ist von den Verfassern, welche früher dahin gehörige Fälle veröffentlicht haben, nicht discutirt worden. Unsere drei Patienten hatten indessen alle eine vorherbestehende Gebärmutteraffection, welche uns wohl zu der Annahme berechtigt, dass sie den Boden auf dem Cervix so vorbereitet habe, dass der Schanker sich auf so ungewöhnliche Weise hat entwickeln können. Alle Patienten hatten nämlich eine chronische Endometritis mit den gewöhnlichen „Erosionen“ auf dem Collum, und in beiden Fällen entsprach die Ausbreitung des Schankers ungefähr der Grösse dieser Affection. Auch in den verschiedenen in der Literatur mitgetheilten Fällen (wie in Molènes' beiden Fällen) findet man erwähnt, dass die Patienten, welche fast alle geboren hatten, an Leukorrhöe oder chronischer Endometritis litten oder gelitten hatten, ohne dass man jedoch besonderes Gewicht auf diese Erscheinung legte. Es ist ein-

leuchtend, dass die von dem endometritischen Folgeleiden angegriffene Schleimhaut mit ihrem kranken und dünnen, an einzelnen Stellen fehlenden Epithelium die Entwicklung des Schankers ganz anders begünstigen kann als ein gesundes Epithel. Von der Häufigkeit der hier beschriebenen Schankerform weiss man nicht viel, wahrscheinlich wird sie noch jetzt wie früher recht allgemein verkannt. Ausser Molènes' 2 Fällen und Bernutz's 7 Fällen findet man in Schwartz' Thèse einzelne hierher gehörige Fälle. Fournier, welcher in den 6 Jahren, in denen er Oberarzt im Lourcine war, 25 Mal das venerische Geschwür auf dem Cervix beobachtet hat, gibt nicht an, wie oft dasselbe das papulöse, hypertrophische Aussehen gehabt habe, aber sagt in seinen Vorlesungen über Syphilis bei der Frau, dass es „häufig“ diese Form annehme. Wenn man nach dem Studium aller Krankenberichte, welche überhaupt über Schanker auf dem Cervix vorliegen, und in denen die Symptome und der Verlauf einigermassen sorgfältig beschrieben sind, urtheilt, so bekommt man den Eindruck, dass das venerische Geschwür auf dem Cervix sich überhaupt weit häufiger in der hier beschriebenen Form als wie das gewöhnliche scharfgeränderte tiefe Geschwür zeigt. Diese Auffassung nähert sich auch der von Schwartz gegebenen Darstellung. Dieser Verfasser behauptet nämlich, dass Bernutz' diphtheroider Schanker keine Form sei, welche von den gewöhnlichen Formen scharf abgegrenzt sei, sondern dass sich alle möglichen Uebergänge zwischen den hypertrophischen diphtheroiden Schankern und den gewöhnlich beschriebenen Formen finden. Unser 3. Fall stützt diese Auffassung. Was die Dauer betrifft, so ist dieselbe weit grösser bei der diphtheroiden Form als bei einem Geschwür von der gewöhnlichen Form. Während dieses oft im Verlauf von einigen Tagen, selbst ohne irgend eine andere Behandlung als einfache Reinlichkeit, heilt, dauert die hier erwähnte Form viele Wochen, wenn keine Aetzung vorgenommen wird oder wenn nicht die Jodoformbehandlung eintritt.[1])

---

[1]) Die grosse Schnelligkeit (5—6 Tage), mit welcher das venerische Geschwür auf dem Uterus in der Regel heilt, wie die Thatsache, dass es nie von eiternden Bubonen in der Fossa iliaca begleitet ist, sowie endlich seine grosse Seltenheit, wird leicht durch das von Aubert be-



Die Diagnose wird dem wahrscheinlich leicht sein, welcher diese Affection einmal gesehen oder nur von ihr gehört hat, da es keine andere Läsion gibt, welche dieser genau gleicht. Glaubt man die Diagnose nach dem Aussehen allein nicht stellen zu können, so werden fast immer an oder um die äusseren Geschlechtstheile ein oder mehrere venerische Geschwüre von dem gewöhnlichen Aussehen sein, so dass man durch sie leicht auf den rechten Weg geleitet wird. In den von Schwartz gesammelten 25 Fällen von Gebärmutterschankern waren 23 Mal Schanker in der Vulva. Sollte man hier keine Schanker finden, muss man seine Zuflucht zu der Inoculation nehmen, welche beim positiven Resultat Sicherheit für die Diagnose gibt. Man muss hier darauf achten, dass man wirklich das Sekret von der Oberfläche des Schankers erhält, und man nicht von dem aus der Gebärmutterhöhle abgesonderten Eiter einimpft, welcher natürlich nur Inoculationsschanker geben wird, wenn das Geschwür sich bis in den Cervicalcanal erstrecken möchte. Ebenfalls muss man sich natürlich hüten, die Inoculation zu einem Zeitpunkt vorzunehmen, wo kurz vorher mikrobicide Agentia mit der Oberfläche des Schankers in Berührung gewesen sind. Die Differentialdiagnose von dem syphilitischen Schanker wird zuweilen schwierig sein können; dieser hat aber, wie die selten vorkommenden Papeln auf dem Collum, eine mehr graue Farbe, welche recht verschieden von der hellgelben des weichen Schankers ist, und die Inoculation gibt natürlich ein negatives Resultat. Die Verhärtung, welche sonst, wenn es die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Krankheiten gilt, von so grosser Bedeutung ist, wird in der Regel schwierig, selbst bei typisch syphilitischen Schankern, wegen der Localität nachgewiesen werden können. Da die venerischen Geschwüre ausserdem oft von einer gewissen Entzündungsgeschwulst begleitet sein können, hat man bei den Schankern auf dem Collum wenig Vortheil von diesem Symptom. Zuweilen wird man genöthigt sein müssen, die Diagnose in suspenso zu lassen, bis sich vielleicht andere

---

wiesene Factum, dass das Agens des venerischen Geschwürs, wenn es 16—18 Stunden einer Temperatur von 37—38° ausgesetzt ist, seine Virulens verliert.

Symptome von Syphilis zeigen. Wenn das venerische Geschwür nur schwach erhaben, wie in unserm zweiten Fall, ist, wird die Diagnose besonders schwierig sein gegenüber den gewöhnlichen Erosionen, wie man sie bei Endometritis von gonorrhoischer oder anderer Natur findet, besonders wenn der Schanker zuweilen, wie in unserem Falle, mit einer solchen Affection zugleich auftritt. Hier spielt wieder die Farbe der Läsion eine Rolle. Die Erosionen haben in der Regel eine rothe Farbe, wogegen die Farbe des Schankers gelbroth, grauroth oder gelblich ist. Diese Farbe rührt von der anhaftenden diphtheroïden Pseudomembran, welche man nicht bei der Erosion findet, her. Man muss jedes Mal, wenn man auf einer Erosion auf dem Collum die beschriebene Pseudomembran findet, an die Möglichkeit eines weichen Schankers denken. Geben die äusseren Schanker keine Sicherheit für die Diagnose, so muss man sich diese durch Inoculation verschaffen. Endlich könnte man sich denken, dass der diphtheroide Schanker in seiner hyperplastischen Form, wie in unserem ersten Fall, einem Beobachter, welcher denselben zum ersten Mal sieht, Veranlassung zur Verwechselung mit einem Epitheliom geben könnte. Eine Excision mit folgender mikroskopischer Untersuchung wird diese Diagnose bald ausschliessen.

Die Behandlung muss dieselbe sein wie bei dem venerischen Geschwür im allgemeinen. Das von Ernest Besnier im Jahre 1867 in die Therapie dieser Krankheit eingeführte Jodoform feiert hier grosse Triumphe. In unserem ersten Falle war es überraschend zu sehen, welche Veränderung mit der Affection bei einer nur 3—4tägigen Jodoformbehandlung vor sich ging. Ausserdem muss man natürlich durch häufige Scheidendouchen für eine peinliche Reinlichkeit sorgen, um den Pat., soweit wie möglich, vor Antoinoculationen zu bewahren.

Aus dem Privatlaboratorium des Herrn Docenten Dr. Ehrmann in Wien.

Die Genese der paraurethralen Gänge, mit besonderer Rücksicht auf die gonorrhoische Erkrankung derselben.

Von

Dr. **Peter Róna,** Wien.

(Hierzu Taf. V u VI.)

Touton's Arbeit über „Folliculitis praeputialis et paraurethralis gonorrhoica“ [1]) (1889) hat in Deutschland die Aufmerksamkeit auf dieses früher wenig beachtete Capitel gelenkt. Bei dem nicht geringen theoretischen und praktischen Interesse, das die Sache bietet, glaube ich durch neue Beiträge keine unnütze Arbeit gethan zu haben. Neben dem Versuch einer Erklärung für die Entstehung der paraurethralen Gänge, habe ich auch auf die histologische Untersuchung des gonorrhoisch erkrankten Gewebes besonderes Gewicht gelegt, und zu den, bis jetzt in der Literatur vorhandenen, mikroskopisch genauer untersuchten Fällen (Touton, Pick, Jadassohn, Fabry) noch vier eigene Untersuchungen hinzugefügt, die dem angesammelten Material des Ambulatoriums des Herrn Doc. Dr. Ehrmann entstammen.

In der französischen Literatur findet man schon früher Angaben über abnorme Gänge und Oeffnungen an der Glans penis. Sie haben vielfach die unklare Vorstellung einer doppel-

[1]) Archiv f. Dermat. u. Syph. 1889. I.

ten Urethra erweckt. Jarjavay[1]) sagt aber schon: „Cette duplicité de l'urèthre n'est qu'une apparance. Le prétendu méat qui est le plus elevé, et quel'on pourrait prendre pour l'orifice d'un canal, n'est autre chose qu'une grande lacune, la lacune la plus antérieure de celles qu'on trouve sur la paroi supérieure de l'urèthre.“ Ebenso äussert sich Guyon:[2]) „La duplicité de l'urèthre n'existe pas, sauf les cas de verge double; il s'agit ordinairement des canaux accessoirds;“ über deren Natur er aber nichts aussagt. Diese Art von Gängen habe ich nicht in den Kreis meiner Untersuchung gezogen, da sie sich schon genetisch von den hier behandelten unterscheiden. Während letztere entwicklungsgeschichtlich mit der Bildung der Urethra zusammenhängen, beruhen die ersteren auf Anomalien in der Bildung der Corpora cavernosa. Die ersteren sind mit der Epispadie, die letzteren mit der Hypospadie verwandt.

Auf die paraurethrale Blenorrhoe hat zuerst Diday[3]) aufmerksam gemacht, indem er erwähnt, dass die Blenorrhoe zuweilen auf die innerhalb Labien des Orificiums gelegenen „Schleimdrüsen“ oder blinde Einstülpungen der Harnröhre sich fortsetzt, und hebt gleichzeitig die zwei praktisch wichtigen Folgen dieser Erkrankung hervor. Erstens, dass sie die Dauer der gonorrhoischen Erkrankung bedeutend verlängern können, und zweitens, dass sie einen Herd für eine neuerliche Ansteckung (Autoreinfectio der neueren Autoren) abgeben können. Zu gleichem Resultate kommt auch Otis[4]) nach der Analyse drei eigener Beobachtungen. „The foregoing cases taken together appear to me to warrant the inclusion of follicular sinuses among the possibie causes of persistant urethral discharge.“

Oedmansson[5]) theilte im Jahre 1885 eine grössere Reihe von Untersuchungen über die „Urethritis externa“

---

[1]) Jarjavay. De l'urethre de l'homme. 1856 cit. bei Lejars.

[2]) Guyon. Vice de Conformation de l'urethre. Paris. Delahaye 1863.

[3]) Diday. De la blennorrhagie des follicules muqueux du mé at de l'urethre chez l'homme. Gaz. hebd. de med. et de chir. 1860 p. 275.

[4]) Otis. Stricture of the male urethra; its radical cure. 1880. 2. Aufl. p. 9.

[5]) Oedmansson. Nord. med. Ark. Stockholm. I. 1885. Uebersetzt im Journal de médecine de Paris. 23 août 1885.

(Guérin) mit. Von den accessorischen Gängen beschreibt er erstens solche, die im Orificium Urethrae liegen. „Ils s'ouvrent d'ordinaire au voisinage de la commissure postérieure de l'urèthre au bord même de la lèvre de l'orifice, parfois plus antérieurement ou un peu plus en dehors de ce bord." Ausserdem auch solche zwischen beiden Blättern des Präputiums: „Outre ces conduits il en existe aussi d'autres situés entre les deux couches de prépuce et s'ouvrant près du frein." Er hält die Gänge für abgeschlossene, dilatirte Lymphgefässe; eine Annahme, die durch die späteren Untersuchungen hinfällig geworden ist.

Hamonic[1]) theilt die entzündeten Gänge als „Folliculitiden" nach der verschiedenen Localisation folgendermassen ein.

1. Folliculitis der Corona Glandis. (Balanofolliculite.)

2. Folliculitis der Harnröhre.

3. Folliculitis der Fossa navicularis.

4. Follic. am Penistheil der Urethra (Urethro-Folliculite penienne).

5. Follicul. der Pars membranacea et prostatica (Follic. postérieure).

Jamin[2]) beschreibt drei Fälle paraurethraler Gänge. Die abnormen Oeffnungen lagen da zweimal über der etwas nach unten verlagerten Urethralöffnung; es bestand also in beiden Fällen eine leichte Hypospadie. Im dritten Falle lag sie in der mittleren Partie des linken Labiums 2—3 Mm. vom Rande entfernt. Von grosser Wichtigkeit ist seine Beobachtung, dass in jedem der untersuchten Fälle ein gewisser Grad von Deformität der Harnröhre und des Orificiums der Urethra vorhanden war. „Les malades présentaient tous un vice de conformation congénital et une largeur excessive du méat." Und weiter: „Que conclure de la coexistence de ces petits pertuis, orifices de trajets fistuleux, avec un méat mal formé plus ou moins hypospadique, mais en tous cas trop large? Faut-il y voir un signe de congénitalité de la fistulette, laquelle ne sérait plus alors

---

[1]) Hamonic. De folliculit. blennorrhagique de l'homme. Ann. méd. chir. franc. et Arang. 1885 cit. bei Touton.

[2]) Jamin. Les fritules juxta-urethrales du méat comme cause de poreistance de la Blennorrhoe. Anal. des mal. des orig. urin. 1886.



qu'un rudiment de l'urèthre accessoire, trace d'un vice de developpement embryonnaire?“ Auch Jullien[1]) betont, dass man die Nebenöffnungen besonders in Fällen von Hypospadie oder besondere Weite der Urethra findet.

Lejars[2]) theilt die accessorischen Gänge nach ihrer Entstehungsweise in zwei Gruppen. In die erste gehören solche, die auf Ectopien des Rectums, der Canaliculi ejaculatorii, der prostatischen Gänge zurückzuführen sind; in die zweite, die auf eine besondere Art der Epispadie beruhen. Er stellt sich vor, dass durch eine incomplete Verwachsung der nach oben offenen Spalte der beiden Corpora cavernosa, und zwar nur am oberen und unteren Rande, ein länglicher Canal entsteht, der eben den accessorischen Gang darstellt. „Les bourgeons se sondent au niveau de la peau, il se sondent au niveau du corps caverneux, ils restent séparés entre la peau et le corps caverneux; d'où le canal sous-coutané.“ Diese Erklärung passt aber nur für die weiten Gänge am Dorsum Penis, die vom Sulcus coronarius bis zur Symphyse reichen, und die ich nicht in den Bereich meiner Untersuchungen einbezogen habe. Lejars gibt auch die Abbildung eines solchen Falles. — In letzter Zeit hat Englisch[3]) eine umfangreiche Untersuchung über ähnliche Fälle veröffentlicht.

Ueber die Gänge im Präputium finden sich Angaben bei v. Dühring.[4]) Entgegen der allgemein angenommenen Anschauung, nach welcher das Präputium sich als eine Hautfalte über die schon vorgebildete Eichel stulpt (Schweigger-Seydel,[4]) behauptet v. Dühring, dass es sich aus einem von Apex glandis glockenartig sich einstülpenden Epithelzapfen herausdifferencirt. Während Schweigger-Seydel und Bókai[5])

[1]) Jullien. Traité pratique des maladies vénériennes. Baillière Paris. 1886, p. 167.

[2]) Lejars. Des canaux accessoires de l'urèthre. Annal. de malad. des orig. urin. 1888.

[3]) Englisch. Ueber doppelte Harnröhre. Centralbl. für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane 1895.

[4]) Schweigger-Seydel. Virchov's Archiv. Bd. 37, p. 219.

[5]) Bókai. Die Krankheiten der Urogenitalorgane des kindlichen Alters. Gerhardt's Handbuch.

eine spontane Lösung[1]) der secundären Verwachsung der Vorhaut mit der Eichel annehmen, leugnet v. Dühring eine solche „epitheliale Verklebung", und lässt den Präputialsack durch einen centralen Verhornungsprocess des Epithelzapfens entstehen. Dieser Anschauungsweise entsprechend, beschreibt er nun drei Arten epithelialer Einstülpungen.

1. Cysternen des Frenulums und der angrenzenden Partien der Glans.

2. Gruppirte Divertikel, an der Innenfläche des Präputiums, meist in einer mittleren Region des inneren Blattes, in der Nähe der Frenulum-Anheftung.

3. Appendices des Präputialsackes; Nischen, die durch den unregelmässigen Ausfall der Hornschicht in der Epithelleiste entstehen sollen. (Entsprechen den „Glandulis Tysonii" im Sulcus coronarius.)

v. Dühring zieht die Schleimhautgänge nicht in den Kreis seiner Beobachtung. Auch die Entstehung eines im Limbus ausmündenden, zwischen beiden Präputialblättern gelegenen Ganges findet auf der erwähnten Weise keine Erklärung.

Die erste mikroskopische Untersuchung eines gonorrhoisch erkrankten paraurethralen Ganges verdanken wir Touton (1889). Der „intrafolliculär" d. h. in einem vorgebildeten Hohlraum gebildete Abscess lag an der Unterfläche des Präputiums, und stellte sich als eine von der Epidermis ausgehende drüsenähnliche Einstülpung, mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidet, dar. Touton fasst den Gang als eine abnorm gelagerte sogenannte Tyson's'sche Drüse auf. Bei einer späteren Publication[3]) spricht sich Touton noch bestimmter für die drüsige Natur dieser Gänge aus. In diesem Falle lagen zwei Gänge an der Unterfläche des Penis rechts und links von der Raphe, und stellten ebenfalls schlauchförmige, von geschichtetem Pflasterepithel bekleidete Einsenkungen der Epidermis dar. Touton erklärt dieselben für Talgdrüsen, bei denen in Folge

---

[1]) Nur selten erfolgt die Lösung durch Eiterung. Mattenheimer. Ueber angeb. Anomalie der Genitalien. Journal f. Kinderheilkunde 1869.

[2]) l. c.

[3]) Touton. Weitere Beiträge zur Lehre von den gonorrhoischen Erkrankungen der Talgdrüsen am Penis. Berl. klin. Wochenschr. 1892.



der gonorrhoischen Erkrankung das secernirende Epithel verloren gegangen, und durch geschichtetes Epithel ersetzt ist. — Diese Erklärung reicht aber gewiss nicht für alle, an dem betreffenden Orte häufig auffindbaren Gänge aus. Man findet sie bei Leuten, die nie an Gonorrhoe erkrankt waren, angeboren, und wo gar nichts für die drüsige Natur derselben spricht. Die Ansicht Jadassohn's [1]) geht auch dahin, dass klinisch kein Anhaltspunkt dafür vorhanden sei, die Talgdrüsennatur der fraglichen Gebilde anzunehmen. Histologisch hat er auch nie irgend etwas gefunden, was die Touton'sche Ansicht bestätigt hätte. — Gleichzeitig weist er darauf hin, dass die Gänge mit entwickelungsgeschichtlichen Anomalien zusammenhängen könnten.

In einer früheren Arbeit [2]) theilt Jadassohn nach seinen Beobachtungen die paraurethralen und präputialen Drüsengänge in vier Abtheilungen ein. 1. Solche zwischen den Blättern des Präputiums; drüsengangartige Einsenkungen der Epidermis. 2. Feine Gänge dicht neben dem Orif. urethrae, oder auf der Schleimhautseite der Labien; das ist das häufigste Vorkommniss. Die sind vorgebildete Gänge, die vielleicht einer abnorm verlagerten Ausmündung der in der Urethra ant. mündenden Littré'schen Drüsen entsprechen. 3. Gänge an der Unterfläche des Penis, neben der Raphe, seitlich und nach hinten vom Frenulum; von unbekannter Herkunft. 4. Weite Gänge am Dorsum Penis vom Sulcus coronarius bis zur Symphyse reichend. Hierher gehört der Fall von Lejars.

Ausserdem wären noch die Publicationen von Pick [3]) und Fabry [4]) anzuführen. Der letztere spricht sich auch für die Drüsennatur der Gänge aus.

---

[1]) Jadassohn. Zur pathol. Anatomie und allgem. Pathologie des gonorrh. Processes. IV. dermat. Congress 1894.

[2]) Jadassohn. Ueber die Gonorrhoe der pars urethralen und präputialen Drüsengänge. Deutsche med. Wochenschr. 1890, Nr. 25, 26.

[3]) Pick. Ueber einen Fall von Folliculit. präput. gonorrhoica. I. dermat. Congress 1889.

[4]) Fabry. Zur Frage der Gonorrhoe des parsurethr. u. präputialen Gänge. Monatsh. f. prakt. Dermat. 1891.

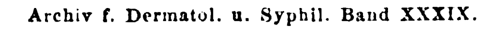


Zum Schlusse sei noch einer Eintheilung Erwähnung gethan, welche C. Taruffi[1]) gibt. 1. Aberirte Samengänge. 2. Blindsackförmige Gänge. 3. Nebenharnröhren. 4. Abnorme Afterbildung unterhalb der Harnröhre (Anus pénieu).

Nach den im Ehrmann'schen Ambulatorium gemachten Beobachtungen, kommen abgesehen von den als sogenannte doppelte Harnröhren bezeichneten Gängen am Dorsum Penis folgende, für die Blenorrhoe wichtige Gänge vor.

1. Solche, die an den Rändern der Urethra, respective am Orif. Urethrae ausmünden; das sind Hohlgänge mit einer feinen punktförmigen Oeffnung theils in den Urethrallippen, theils an der Frenularcommissur. Diese kommen auch bei normal entwickelter Urethralmündung vor.

2. Gänge bei Hypospadie. Die Hypospadie ist in dieser Reihe von Fällen entweder der Art, dass von der an der Unterfläche des Penis liegenden Mündung der Urethra eine tiefe Furche bis zum Apex glandis zieht, die Furche ist offenbar der nicht geschlossene vordere Theil der Urethralrinne und findet sich an der Stelle des hier fehlenden Frenulums. In zwei dieser Fällen, einer davon ist Taf. V, Fig. 1 abgebildet, sahen wir an beiden Rändern der Rinne und an ihren Seitenflächen eine grössere Anzahl, in dem einen Falle je 3, in dem anderen zusammen 8, parallel zur Urethra verlaufende, nach vorne mündende 2 Mm. bis 1 Cm. lange Gänge, in einem Falle blennorrhöisch erkrankt, im anderen nicht. Ein dritter, ähnlicher Fall, der für die Genese der Gänge sehr lehrreich ist, wird weiter unten genauer beschrieben. In der anderen Reihe von Fällen mündet die Urethra durch eine kleine Oeffnung. vor welcher unter Umständen statt der Rinne eine dünne Membran vorgelagert ist; da befindet sich die Mündung meist noch hinter dem Ende der Corona glandis, also hinter der Stelle, wo sich sonst das Frenulum befindet. In diesen Fällen ist häufig auf dem Apex glandis ein kürzerer oder längerer Blindsack, der offenbar die Anlage der normalen Urethralmündung



[1]) Cesare Taruffi. Sur les canaux abnormeaux de la Verge. Bull. delle sc. med. die Bologna. Maggio. Ref. im Annal. des malad. des org. urin. 1891, p. 817.

bezeichnet. Da ist die Anlage der Urethralmündung und die Anlage der Urethra nicht zusammengetroffen, wie wenn etwa beim Tunnelbohren die Achsen der Bohrhöhlen einander nicht treffen. Die Entfernung der beiden Mündungen, der wirklichen und der bloss angelegten beträgt meist nicht mehr als einen Centimeter. — Zwischen beiden Gruppen liegen die Fälle, bei welchen die wirkliche und die als Rinne angelegte Harnröhrenmündung nur durch eine dünne Hautfalte von einander getrennt sind, die man nur durchtrennen muss, um beide zu vereinigen. In einem solchen Falle habe ich nach Durchtrennung der Falte, welche zu dem Zwecke vorgenommen wurde, um die zu enge Urethralöffnung zu erweitern, an der oberen Urethralwand, unmittelbar in das hypospadeische Orificium mündend, eine feine Oeffnung gefunden, durch welche mit einer feinen Sonde ein 6 Mm. langer, parallel zur Harnröhre verlaufender Gang sondirt werden konnte.

Bei genauer Untersuchung der Hypospadeischen stellt es sich heraus, dass bei einer grossen Anzahl von ihnen, in dem rinnenförmig offen gebliebenen vorderen Theil der Harnröhre, ein mehr oder minder tiefer oder wenigstens trichterförmig angedeuteter Hohlgang zu finden ist. Ja man kann sagen, dass in der Mehrzahl der Fälle sich ein, selbst zwei kurze nabel- oder trichterförmige Einziehungen in der Rinne, die eine auf der Seite der wirklichen, die andere auf der Seite der als Rinne angelegten Harnröhrenmündung befinden. — Fig. 3, Taf. VI.

3. Die präputialen Paraurethralgänge. Es sind dies die bekanntlich von Touton und Pick anatomisch untersuchten, an Blennorrhoe häufig erkrankenden Gänge im Limbus Praeputii; die genauere Beschreibung eines solchen Falles folgt weiter unten.

4. Präputiale Hautgänge. Es sind jene Gänge, die an der Innenfläche des Präputiums münden, die wir nie blenorrhoisch erkrankt sahen, und aus denen häufig eine sebumähnliche Masse, bei Entzündungen (Balanitis) eine seröse Flüssigkeit ausgedrückt werden kann; sie sind nicht zu verwechseln mit den ihnen sonst verwandten Gängen, welche oft rechts und links vom Frenulum sich finden und nichts anderes als vertiefte Frenularnischen sind, die

dadurch zustande kamen, dass das innere Blatt des Präputiums mehr an die Corona glandis herangezogen ist als de norma; die ersteren kommen auch an anderen Stellen als wirkliche Ausbuchtungen des Präputialsackes, die blindsackförmig sind, mit einer schmalen Oeffnung in den Präputialraum einmünden und Talgdrüsenausführungsgänge in sich aufnehmen, vor (siehe unten). Sie erkranken nie an Blennorrhoe.

5. Paraurethrale Gänge im Frenularkörper selbst, welche an der Unterfläche des Penis liegen und nicht in's Orificum urethrae münden; sie können blennorhoisch erkranken. Sie gehören in eine Kategorie mit den Folgenden.

6. Paraurethrale Gänge an der Unterfläche des Penis in der Raphe oder schräg über dieselbe verlaufend, wie bei dem von Touton beschriebenen Falle, die ebenfalls blennorrhoisch erkranken könnten.

Ich hatte Gelegenheit fünf paraurethrale Gänge histologisch zu untersuchen. Darunter waren vier gonorrhoisch inficirt.

Fall I gehört der unter 3. angeführten Gruppe an; er betraf einen Patienten, der schon wiederholt an Blennorrhoe erkrankt war. Er hat z. Z. ein stark gonococcenhaltiges Secret. Im Limbus Präputii zwischen beiden Blättern befindet sich ein 1 Ctm. langer, durch die äussere Lamelle fühlbarer bindfadendicker Strang, der am Rande der Vorhaut ausmündet, daselbst ca. 1 Ctm. vom Frenulum entfernt. Der Gang wurde in toto excidirt, in Alkohol gehärtet. Zur Färbung der Schnitte benutzte ich Sahli's Boraxmethylenblaulösung, worin dieselben 5--10 Minuten blieben, mit nachfolgender Entfärbung in schwach mit Essigsäure angesäuertem Wasser und absolutem Alkohol. Oder es geschah die Entfärbung nur in Alkohol. Ausserdem ist eine Schnittreihe nach Unna's Vorschrift auf Plasmazellen gefärbt worden, in polychromen Methylenblau mit nachheriger Entfärbung in Glycerinäther. Dieselben Methoden sind auch bei den anderen Gängen angewendet worden.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Folgendes. Die Epidermis der Präputialhaut setzt sich continuirlich in die Epithelbedeckung des Ganges fort, verliert aber sehr bald den Epidermischarakter; die Hornschicht hört auf, die Papillen



werden niedriger, bis sie endlich ganz fehlen; die Zellen, auch die basalen sind grösser, succulenter, namentlich in der Stachelzellenschicht.

Der Gang verläuft leicht gebogen, so dass er in einzelnen Schnitten zweimal getroffen wurde. Reste von Drüsen oder Drüsenmündungen sind nirgends zu sehen. Die Auskleidung des Ganges bildet auch in der Tiefe ein mehrschichtiges Pflasterepithel, dessen oberflächlichste Reihe von einer dichten Schichte von Eiterkörperchen bedeckt wird. Dieselben liegen theils rasenförmig auf und in den sehr grossen Epithelzellen, theils in Einbuchtungen der Zellen, wie in einer Nische. In allen Schichten sind die weiten Intercellularräume von polynucleären Leukocyten dicht erfüllt, die Epithelzellen stellenweise auseinandergedrängt, hier und da desquamirt.

Die den Gang umgebende dichte Infiltration des Bindegewebes besteht fast ausschliesslich aus Unna's Plasmazellen, welche auch um die erweiterten Capillaren an vielen Stellen herdweise Anhäufungen bilden, gewöhnlich so, dass sie nicht der Capillarwand unmittelbar anliegen, sondern durch einige Bindegewebsfasern, oder von einigen kleinen mononucleären Leukocyten von derselben getrennt sind. Im infiltrirten Gewebe sieht man auch viele Mastzellen. Reste von Talgdrüsen oder Spuren derselben, die in den Gang eingemündet hätten, sind nirgends vorhanden. Gonococcen fand ich am reichlichsten in den oberflächlichen Lagen des Epithels, wo sie auf den Epithelzellen oder in den Intercellularräumen frei liegen. In den Eiterzellen eingeschlossen sah man sie nur in den seltensten Fällen. Ausserdem waren spärliche Gonococcen auch in den tieferen Epithelschichten und den oberflächlichsten Bindegewebslagen vorhanden, wohin sie wahrscheinlich durch Spalten im Epithel gelangt sind; hier lagen sie auch extracellulär.

Fall II. Derselbe gehört in die sub 6 angeführte Gruppe. Der Gang liegt an der Unterfläche des Penis. Es handelt sich um einen Mann, der seit zwei Wochen eine leichte Secretion aus der Urethra hat, in welcher spärlich Gonococcen nachgewiesen werden. Früher war er nie an Gonorrhoe erkrankt. An der Unterfläche des Penis befindet sich ein 2 Ctm. langer, schräg über die Mitellinie verlaufender Gang, etwa $2^1/_2$ Ctm. von der



Glans entfernt, aus welchem ebenfalls trübes, gonococcenhaltiges Secret ausdrückbar ist. An Längsschnitten sieht man, wie die Epidermis in das Epithel des Ganges übergeht, um gleich den Schleimhautcharakter anzunehmen. Es ist ein geschichtetes Pflasterepithel von fünf bis sechs Lagen, dessen weite Intercellularräume von zahlreichen mononucleären und relativ weniger polynucleären Zellen durchsetzt sind. Im Epithel finden sich auch typische Mastzellen. Eine ungemein dichte Infiltration schliesst sich eng an die epitheliale Bedeckung an, welche im Gegensatz zu dem früheren Falle nur aus kleinen mononucleären Leukocyten besteht, und nicht nur den ganzen Verlauf des Ganges begleitet, sondern als collaterale Entzündung sich auch darüber hinaus erstreckt. Auch hier sind sehr viele Mastzellen im Bindegewebe. Der Gonococcenbefund ist hier, wie im ersten Falle: die meisten findet man in den oberflächlichen Schichten, hier und da eine Epithelzelle rasenförmig bedeckend, in den tieferen Epithel- und oberflächlichen Bindegewebsschichten nur sehr spärliche, freiliegende Gonococcenpaare. Im Bereiche der collateralen Entzündung konnte ich keine Gonococcen auffinden. Hieher gehört auch:

Fall III; er betrifft einen Hohlgang von 2 Ctm. Länge, der genau in der Raphe penis unmittelbar vor dem Angulus penoscrotalis liegend, erst beachtet wurde, als er durch einen enge anliegenden Verband gerieben sich entzündete. Es wurde nämlich bei dem Patienten, der eine chronische Blennorrhoe hatte, eine kleine Balggeschwulst an der oberen Fläche des Penis exstirpirt. Der Verband, der deswegen angelegt wurde, führte zu der Entdeckung des Ganges, es zeigte sich die Raphe durch das Reiben von Seite des Verbandes geschwellt, geröthet und in derselben ein kleiner Punkt, aus dem eine seröse Flüssigkeit sich entleerte, die keine Gonococcen enthielt. Das Epithel des Ganges, ebenfalls frei von Gonococcen, war ein Schleimhautepithel, es war keine Spur von Talgdrüsen vorhanden. Der Kranke, ein sehr intelligenter Mann (Buchhalter), gibt auch genau an, dass er nie vorher eine Entzündung oder Secretion an dieser Stelle bemerkt hat, was umso mehr in's Gewicht fällt, als er uns selbst auf den Gang aufmerksam machte.



Fall IV. Eine blindsackförmig angelegte Urethralmündung bei einem Manne, der schon wiederholt Gonorrhoe gehabt hat. Zur Zeit ist ein reichlich Gonococcen enthaltender Ausfluss aus der Urethra vorhanden. Die wirkliche Urethralmündung nach unten verlagert, an der Stelle, wo normaler Weise der vordere Theil des Frenulum sich befindet; es besteht also ein leichter Grad von Hypospadie. Am Apex Glandis, an Stelle der normalen Urethralöffnung ist ein 3 Mm. tiefer Blindsack vorhanden, aus welchem ebenfalls ein Gonococcen enthaltendes Secret ausdrückbar ist; dieser wurde mit einem flachen Schnitt excidirt und die Hautfalte, welche ihn von der Harnröhre trennte, durchschnitten. Es wurde dann die Mündung, des bereits oben erwähnten Hohlganges an der dorsalen Wand der Urethra sichtbar. Geschichtetes Pflasterepithel, dessen einzelne Zellen auch hier durch weite, von mono- und polynucleären Leukocyten erfüllte Intercellulärräume von einander getrennt sind, kleidet den Gang aus. Wahrscheinlich dem Zerfall des Protoplasmas entsprechend, findet man sowohl die Epithelzellen als auch die Räume zwischen denselben von unregelmässigen, ungleich grossen Körnern, Klümpchen und Protoplasmaschollen begrenzt und bedeckt; es war ein ähnliches Bild, wie es Ehrmann[1]) an den vergrösserten Zellen des Stratum spinosum der breiten Condylome gefunden hat. Eine Verwechslung dieser Körner, mit den gleichmässig grossen, paarweise angeordneten und stärker gefärbten Gonococcen, die auch in diesem Präparate nicht nur in der Epithellage, sondern auch in den oberflächlichsten Bindegewebsschichten zu finden waren, ist ausgeschlossen. Die Infiltration wird in diesem, wie im ersten Falle, wiederum fast ausschliesslich aus Plasmazellen gebildet, auch das Verhalten um die erweiterten Capillaren ist ein ähnliches. Mastzellen sind ebenfalls in grosser Zahl im Bindegewebe vorhanden.

In dieser Schnittreihe begegnete ich zum ersten Male einer Zellform, deren Jadassohn schon Erwähnung thut.[2]) Er beschreibt dieselbe als „unregelmässige, fädige, bald sehr

---

[1]) Ehrmann. Verhandlungen der Wiener derm. Gesellschaft. 1896.

[2]) Jadassohn. Zur pathol. Anatomie und allgemeinen Pathologie des gonorrh. Processes. IV. derm. Congress.



langgezogene, bald an Bindegewebsspindelkerne erinnernde Gebilde". Diese Beschreibung entspricht vollkommen den von mir beobachteten Bildern. In sehr dichter Aneinanderlagerung fand ich sie am Rande des Infiltrates; sie sind aber auch inmitten der entzündlichen Zellanhäufung zu sehen, und greifen über die Epithelgrenze auch in die Epithelschichte hinein. Ich möchte mich, nach den von mir beobachteten Bildern, mehr der Ansicht hinneigen, dass die fraglichen Zellen veränderte Wanderzellen resp. Leukocyten sind, da ich vielfach Uebergänge von langgezogenen dünnen, zu kurzen breiteren, und ganz kurzen deutlich den Charakter der Leukocyten tragenden Zellen gesehen habe.

Fall V. Derselbe zeigt einen ähnlichen Blindsack, wie der eben beschriebene. Der Fall, den ich der Güte des Herrn Prof. Lang verdanke, hatte früher nie an Gonorrhoe gelitten. Seit sechs Tagen bemerkt er ein Brennen in der Harnröhre und heftigen Harndrang. Der eitrige Ausfluss enthält zahlreiche Gonococcen. Hier besteht ebenfalls ein leichter Grad von Hypospadie; an Stelle der normalen Harnröhrenöffnung ist ein ca. 5 Mm. langer blind endigender Gang vorhanden, aus welchem auch ein reichlich Gonococcen enthaltendes Secret ausdrückbar ist. Der Gang wurde excidirt und mir zur mikroskopischen Untersuchung überlassen. Das Resultat der Untersuchung war Folgendes. Das, die Bekleidung des Ganges bildende, geschichtete Pflasterepithel ist vielfach zerklüftet, desquamirt, stellenweise fehlend, sodass das Bindegewebe von der schützenden Decke entblöst, freiliegt. Zum Theile sind diese Verhältnisse wohl auf mechanische Insulte, durch die der Operation vorausgegangene Sondirung, zurückzuführen. Das Epithel ist reichlich durchsetzt von mono- und polynucleären Leukocyten. Die Infiltration ist mässig dicht, und besteht ebenfalls aus mono- und polynucleären Leukocyten; die Plasmazellen fehlen ganz. Die zahlreichen Mastzellen sind von einer ganz besonderen Grösse, die den Zelleib ausfüllende Granula sehr grob, und finden sich scheinbar auch ausserhalb des Protoplasmas, als wären sie aus demselben herausgefallen. Die Bindegewebszellen sind ebenfalls vergrössert, wie aufgetrieben, mit grossen runden oder ovalen



Kernen. In den dem Lumen zunächst liegenden Schichten des Epithels sind die Gonococcen am reichlichsten zu finden, meistens freiliegend. Die tieferen Schichten und die oberflächliche Bindegewebslage sind aber auch nicht frei von denselben, in letzter sind es namentlich die vom Epithel entblössten Stellen, wo man sie reichlicher findet.

Fall VI. Der fünfte von mir mikroskopisch untersuchte Gang gehört der sub 4 angeführten Kategorie an und war nicht gonorrhoisch inficirt. Der Kranke hat vor 3 Jahren eine mehrere Monate dauernde Blennorrhoe mit Epididymitis durchgemacht, die ebenfalls im Ehrmann'schen Ambulatorium behandelt wurde. Das Vorhandensein des Ganges wurde schon damals constatirt. Zur Zeit der Excision besteht keine Gonorrhoe, keinerlei Ausfluss aus der Harnröhre. An der Innenfläche des Präputiums links oben ca. 3 Ctm. von der Frenularnische entfernt befindet sich eine 2 Mm. breite, schleienmaulähnliche, beim Zurückziehen des Präputiums klaffende Mündung, aus welcher manchmal flüssiges Secret, manchmal eine etwas trübe, schmierige, dickliche Masse ausdrückbar ist. Das mikroskopische Bild des excidirten Ganges ist ein von den vorhergehenden toto coelo verschiedenes. Die Haut setzt sich, ohne ihren Charakter zu verlieren und zur Schleimhaut zu werden, durch den ganzen Gang, bis an das blinde Ende desselben, welches von der Mündung 4 Mm. entfernt ist, fort. Die Hornschicht überzieht denselben in wechselnder Dicke auch in der Tiefe der Einbuchtung und fehlt nur an einzelnen Stellen. Während in den vier vorherbeschriebenen Fällen nirgends Talgdrüsen, noch Spuren oder Reste derselben, die auf eine früher bestandene Einmündung von drüsigen Anhängen hindeuten würden, vorhanden waren, münden hier im Verlaufe des ganzen Ganges zahlreiche kleine Talgdrüsen in das Lumen, so dass das Bild eine grosse Aehnlichkeit mit dem der Meibom'schen Drüsen des Augenlids erhält. Nach alledem möchte ich diesen Gang als Hautgang, den vorhergehenden als Schleimhautgängen gegenüber stellen. Die epitheliale Bekleidung umgab eine aus kleinen mononucleären Leukocyten bestehende Infiltration. Plasmazellen fehlen im Entzündungsherd. Die Entzündung ist hier offenbar auf eine, auf den Gang sich fort-

setzende Balanitis zurückzuführen. Im hohen Grade bemerkenswerth ist, dass trotzdem hier reichlich Gelegenheit zu einer gonorrhoischen Infection des Ganges vorhanden war, denn die Mündung klaffte ja bei der Zurückziehung des Präputiums, und der Kranke hatte eine langdauernde Blennorrhoe, doch von einer Infection zu keiner Zeit, (der Patient stellte sich wegen einer gleichzeitig vorhandenen Lues wiederholt im Ambulatorium vor) etwas zu merken war. Auch die deutlich wahrnehmbare Entzündung, welche doch eine gewisse Lockerung des Epithels bewirkte, war nicht im Stande, einen günstigen Boden für die Infection zu bereiten.

Vor der zusammenhängenden Analyse der bis jetzt beschriebenen Fälle, möchte ich noch eine klinische Beobachtung aus der Privatpraxis des Herrn Docenten Dr. Ehrmann, der die Bekanntmachung derselben mir ebenfalls gütigst überliess, mittheilen. Sie trägt wesentlich für das Verständniss der Natur dieser Gänge bei.

Fall VII. Taf. VI, Fig. 4. Dieser Fall — mikroskopisch nicht untersucht — betrifft einen seit Jahren an chronischer Blennorrhoe leidenden, mit Hypospadie behafteten Patienten, bei welchem folgende anatomische Verhältnisse vorliegen. Die wirkliche Urethralmündung befindet sich an der Unterfläche der Glans, dort, wo sonst der vordere Theil des Frenulums liegt, hinter der Mündung ist die Urethralwand membranös. Die Raphe Penis spaltet sich etwa 1 Ctm. hinter der Oeffnung gabelig in zwei Aeste, welche den membranösen perforirten Endtheil der unteren Harnröhrenwand zwischen sich fassen und dann anderseits gegen den Sulcus coronarius hinziehen und allmälig in die Präputialreste übergehen; dort, wo der linke Ast an den Sulcus coronarius stösst, ist ein 4—5 Mm. langer, in die Haut führender Gang, der etwa in der Richtung des Astes parallel zur Hautoberfläche verläuft, und aus welchem ein Eitertropfen sich entleert. Das Präputium fehlt an der Unterfläche ganz, so dass nur der dorsale und laterale Theil desselben entwickelt ist und in 2 flügelförmige Lappen endigt, in welche eben die Aeste der gabeligen Raphe sich verlieren. (Taf. VI, Fig. 4). Wir haben es hier demnach mit einem paraurethralen Gang zu thun, der anstatt im Frenulum in einem Aste der

Raphe Penis liegt, dort wo diese in einen Wulst übergeht, der das unvollständig entwickelte Präputium darstellt.

Wenn man die häufige Beobachtung, [1]) dass diese paraurethralen Gänge mit anderen Entwickelungsanomalien der Urethra zusammenhängen, ins Auge fasst, so wird man naturgemäss zu der Anschauung gedrängt, dass dieselben auch einer embryonalen Störung ihre Entstehung verdanken. Die Thatsache, dass die Gänge meistentheils nachweislich angeboren sind, spricht schon dafür. [1])

Die Erklärung dieser Bildungen ist offenbar durch die Art der Urethralbildung gegeben. Die Urethra wird bekanntlich als eine nach unten offene, vor der Cloake bis an die Unterfläche des Genital-Stückes verlaufende Rinne angelegt, welche sich im 4. Monate schliesst und so die Harnröhre bildet. Als Zeichen dieses Verschlusses bleibt äusserlich sichtbar die Raphe Perinei, Scroti et Penis und das Frenulum, resp. das Septum des Bulbus Urethrae. In einzelnen Fällen reicht der Verschluss nur bis zum Frenulum, die Gegend, wo sonst das Frenulum ist, bleibt als offene Rinne zurück, und in zwei Fällen der Ehrmann'schen Ambulanz, haben wir in den Seitenflächen der Rinne selbst und dort, wo die Schleimhaut in die äussere Bedeckung des Penis übergeht, eine Reihe von Hohlgängen beobachtet, die parallel zur Achse des Penis verlaufen. Fig. 1, Taf. V. Diese Hohlgänge waren in beiden Fällen angeboren, bei dem einen gonorrhoisch inficirt und sind zweifellos Schleimhautgänge, auch die Partie, auf der sie sich befinden, trägt den Charakter der Schleimhaut in Bezug auf Zartheit, Durchsichtigkeit des Epithels und in Bezug auf die in der Harnröhrenschleimhaut sehr deutlich vorspringenden Venen. Bei der mikroskopischen Untersuchung eines dieser Gänge, der excidirt wurde, war keine Spur von Talgdrüsen

[1]) Ausser den schon früher erwähnten Autoren betont neuerer Zeit auch Feleki (Die Urethritis externa des Mannes. Pester med. chirurg. Presse 1892, p. 339.) dass in allen drei, von ihm untersuchten Fällen, der Penis auch anderweitige Bildungsanomalien darbot. Man hat als solche ausser der Hypospadie, eine abnorme Weite oder Enge des Harnröhrencanals, eine gewisse Difformität der Harnröhrenmündung indem dieselbe weit oder horizontal gestellt, ⊥förmig etc. ist, beschrieben.

oder deren Mündungen bemerkbar. Denken wir uns nun, dass die Urethralrinne sich in diesen Fällen auch im Frenulartheil geschlossen hätte, so wären die an ihren Seitenwänden verlaufenden Hohlgänge genau in die Lippen der Urethra gekommen, wie wir die paraurethralen Gänge gewöhnlich vorfinden. Der Bildungsmodus der Gänge selbst wird aber auch aus unseren Fällen klar. Einzelne von diesen Gängen öffneten sich nämlich in secundäre Längsfalten der Schleimhaut, so dass die einen die Verlängerung der anderen sind, wodurch es klar wird, dass die Gänge durch Verwachsung der Ränder von secundären Längsfalten der Urethralrinne entstanden sind, die in einzelnen Fällen total, in anderen nur zum Theile erfolgt ist. Wir müssen mithin annehmen, dass auch die, bei nicht hypospadeischen Individuen gefundenen, in der Harnröhrenmündung gelagerten Hohlgänge auf dieser Weise im embryonalen Leben entstanden sind. Eine scheinbare Schwierigkeit ergibt sich nur bei der Erklärung der präputialen Gänge, d. h. derjenigen, die zwischen beiden Blättern des Präputiums laufen, aber auch diese ist durch die genaue Beobachtung der Bildungsanomalien zu lösen. Es ist der letzte mitgetheilte Fall VI, Fig. 2, Taf. V, der die Entstehungsweise der präputialen Gänge beleuchtet. Wir sehen da die Raphe in zwei Aeste auseinandergewichen, die mit den zusammenstossenden Rändern der Corona Glandis einen Rhombus einschliesst, dessen mediane Diagonale in der Richtung der ungetheilten Raphe liegt, dessen quere Diagonale die Richtung andeutet, in der das Präputium sich hätte entwickeln sollen; denn von den Enden dieser Diagonale zieht sich jederseits ein Wulst zur den Resten des Präputiums. Der rhomboidale Raum ist eingenommen von der membranös gebliebenen unteren Wand der Urethra. Die dünne Beschaffenheit derselben rührt offenbar daher, dass die beiden Ränder der embryonalen Urethralrinne an ihren dem Orificium nahen Enden erst sehr spät und nicht fest genug verwachsen waren, zu einer Zeit, wo die Corpora cavernosa schon entwickelt waren, und in weiterem Verlaufe der Entwickelung, vielleicht durch den Blutdruck im Corpus cavernosum sind sie auseinandergewichen, so dass sie nur durch eine Membran zusammen hängen. Wohl daher rührt auch die scheinbare Gabelung der



Raphe Penis in zwei Aeste. Es handelt sich also hier um eine unvollständig entwickelte Hypospadie, bei welcher aber die Bildung des Präputiums an der Unterfläche unterblieb, was bei Hypospadie sehr häufig ist. Das Präputium ist nur durch niedrige Wülste angedeutet, welche von den Enden der gegabelten Raphe ziehend in flügelförmig entwickelte Seitentheile der Vorhaut übergehen. An der Uebergangstelle des linken Rapheastes in der Präputialwulst befindet sich ein Hohlgang, der in der Richtung des Rapheastes zieht. Man kann sich nun zweierlei vorstellen. Beim festen Zusammenwachsen der Rinnenränder zu einem Frenulum wäre dieser Gang entweder ins Frenulum zu liegen gekommen, und wäre ein im Frenulum liegender (frenularer) paraurethraler Gang geworden, oder der niedrige Präputialwulst, an dessen medianem Ende er liegt, hätte sich weiter emporgehoben, dann wäre er in den Limbus des Präputiums zu liegen gekommen und von der Harnröhre weit weg abgehoben werden; er wäre also von der Frenulargegend in den Präputialrand gelangt, mit dem er nach Lösung des inneren Präputialblattes fürs ganze Leben verschiebbar geblieben wäre.

Nach der Lage des Ganges liegt es ja — wenn man das Vorhergesagte berücksichtigt — sehr nahe anzunehmen, dass der Gang ursprünglich eine Falte der nach unten offenen Urethralrinne war, und zwar am Rande der letzteren, dort wo diese in die äussere Bedeckung des Genitalhügels übergeht. Die Falte schloss sich zu einem Gange, noch bevor die Urethralrinne selbst sich vollständig schloss. Es hängt nur von der Lage diese Falte zur Verlöthungsstelle der Urethralrinne ab, ob der aus der Falte entstandene Gang in das Frenulum zu liegen kommt und in das Orificium mündet, oder neben das Frenulum zu liegen kommt und frei auf der Haut ausmündet. Der Vorgang ist schematisch folgendermassen darzustellen: In der Entwicklungsreihe I, II, III der nebenstehenden Fig. 1 entsteht die Falte an der Stelle der zukünftigen Verlöthung selbst und deshalb kommt der Hohlgang in's Frenulum zu liegen, in der Reihe Ia, IIa, IIIa ist die Falte nach auswärts, ausser dem Bereiche der Verlöthungsstelle entstanden und deshalb kommt der Hohlgang nicht ins Bereich des Frenulum, sondern rechts

oder links von demselben in die Haut zu liegen, wie Fig. 2, Taf. V. Auf ähnliche Weise ist die Entstehung der zuerst von Touton an der Unterfläche des Penis im Bereiche der Raphe vorgefundenen Hohlgänge zu erklären. Im Ehrmann'schen Ambulatorium wurden bei zwei Fällen derartige Gänge beobachtet. Der eine (Fall II) lag schräg, der andere lag genau in der Raphe Penis an der Uebergangsstelle ins Scrotum. Fig. 4,

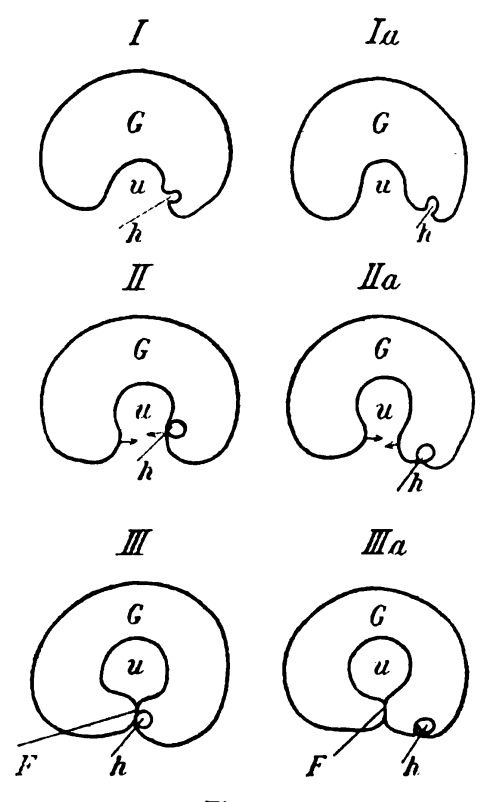


Fig. 1.
Schema der Entwickelung eines paraurethralen Ganges aus einer Hohlfalte der Urethralrinne im Querschnitt.

G Genitalhügel. *U* Urethralrinne resp. Urethralkanal. *h* Hohlfalte resp. Hohlgang. In *I*, *II*, *III* kommt die Rinne ins Frenulum *F*, bei *Ia IIa III* ausserhalb desselben zu liegen.

Taf. VI. Der Gang wurde erst entdeckt, als man wegen Exstirpation einer kleinen Balggeschwulst aus der Penishaut einen Verband anlegte, der den Gang rieb, so dass er anschwoll und eine seröse Flüssigkeit absonderte, in der



keine Gonococcen vorhanden waren. Der Gang war ca. 2 Ctm. lang, mündete vorne, rückwärts endigte er vor dem Angulus penoscrotalis blind. Er zeigte auch auf mikroskopischen Durchschnitten ein Schleimhautepithel ohne Spur von Hornschichte, ohne Spur von Talgdrüsen. Da es ein echter Schleimhautgang ist, so ist seine Entstehung so zu erklären, wie die der Frenularengänge. Wie aber der aus der Urethra entstandene Gang in die Haut zu liegen kommt, zeigt eine einfache Betrachtung über die Art und Weise, wie die Raphe penis entstanden ist. Ehrmann hat hierauf bereits 1886 (Wr. Medic. Presse) hingewiesen. Wenn die Urethralrinne des Foetus sich geschlossen hat, so wachsen durch die Verlöthungsstelle von rechts nach links die Geflechte des Corpus cavernosum urethrae hindurch, dies unterbleibt soweit die Pars pendula

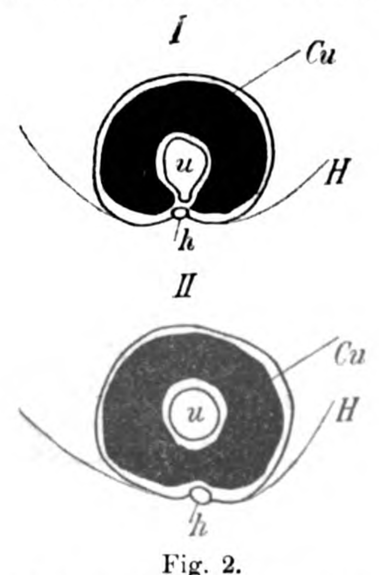


Fig. 2.
Schema um das Abdrängen des Hohlganges von der Urethra durch das Zusammenwachsen des Corpus cavernosum Urethrae zu erklären. *H* Haut. *h* Hohlgang. *U* Urethra. *Cu* Corpus cavern. urethrae.

urethrae in Betracht kommt nur an zwei Stellen, nämlich dort wo das Frenulum und dort wo das Septum bulbi entsteht. An diesen Orten ist die Haut durch ein straffes Bindegewebe direct mit der Harnröhre verbunden; an allen anderen Orten wird die Haut durch das sich entwickelnde Corpus cavernosum urethrae von der Harnröhre abgedrängt und es bleibt

als Ausdruck der Verwachsung der Urethralrinne nur ein Hautwulst sichtbar: die Raphe. Durch das Corpus cavernosum urethrae kann aber auch ein in oder neben der Verlöthungsstelle der Urethra gebildeter Hohlgang von der Schleimhaut in die Haut gedrängt werden, wie nebenstehendes Schema zeigt. Fig. 2 des Textes.

So wie aber durch ungleichmässiges Wachsthum der Haut die Raphe penis selbst ihre mediane Lage verlieren kann, häufig sogar zu einer Zickzacklinie verzerrt wird, ebenso kann auch der in die Haut gelangte Hohlgang in eine zur Mittellinie schräge Lage kommen, wie sie der Fall von Touton und der hier von mir beschriebene Fall II zeigt.

Kommt aber ein so gebildeter Gang gerade an die Stelle zu liegen, wo sich der Präputialwulst erhebt, so kann er, wie schon oben erwähnt wurde, durch die sich erhebende Falte weit weg von seiner ursprünglichen Bildungsstätte in den Rand des Präputiums als versprengtes Schleimhauttheilchen hineingelangen, so dass es schwierig wird, den genetischen Zusammenhang mit der Harnröhre herauszufinden.

Der Schleimhautcharakter dieser Gänge zeigt sich besonders in dem Charakter des Epithels, den grossen basalen Zellen, dem Mangel von Verhornungsvorgängen auch in jenen Fällen, wo Eiterbildung gänzlich fehlt, und an eine Vereiterung nicht zu denken ist. Wo aber solche Hohlgänge wie in unserem Fall VI wirklich von der Haut stammen, zeigt das Epithel ausserdem Verhornungserscheinungen, und es sind noch deutliche Talgdrüsen vorhanden, selbst wenn Entzündungen und Eiterung in demselben vorangegangen sind.

So wie nämlich die Urethralrinne ihre secundären Falten und Ausbuchtungen hat, die zum Theile zu Gängen sich schliessen, so hat auch der Präputialsack, wie wir oben beschrieben haben, seine Falten; und so wie die Abkömmlinge der Urethralrinne, wenn auch noch so weit versprengt, zeitlebens den Charakter der Schleimhautgänge bewahren, so behalten auch die präputialen Ausbuchtungen stets den Hautcharakter.

Die an der Spitze der Eichel befindlichen blindsackartigen Gänge kann man als Reste der Urethra glandis, die hier nicht

zur Verschmelzung mit der Urethra penis gekommen sind, auffassen.

Noch einige Worte über die Plasmazellen! Der Umstand, dass ich die Plasmazellen in zwei Fällen ganz vermisste, während in zwei anderen die Infiltration fast ausschliesslich aus dieser Zellenart gebildet wurde, lässt sich aus dem Verhalten der Gonococcen im Gewebe nicht erklären, da dasselbe in allen vier Untersuchungen ein ähnliches war. Eher gelingt eine Erklärung aus dem klinischen Verlaufe des Processes. In beiden Fällen, wo die Plasmazellen vorhanden waren, handelte es sich um eine chronische Gonorrhoe, die nur zur Zeit eine acutere Exacerbation durchmachte, in den zwei anderen haben wir hingegen mit der ersten Affection zu thun, in ihrem acuten Stadium. Nach diesen Beobachtungen ist der Schluss zu ziehen, dass die Plasmazellen eher bei einer mehr chronischen Entzündung vorkommen, während sie bei ganz acuten fehlen.

Zum Schlusse theile ich noch die mikroskopische Untersuchung eines paraurethralen gonorrhoischen Abscesses mit. Er stammt von einem Patienten, der schon wiederholt Gonorrhoe gehabt hat. Diesmal, 8 Tage nach dem verdächtigen Coitus, ist eine profuse Secretion aus der Urethra vorhanden, und an der Basis Frenuli, namentlich in der linken Frenularnische, wölbt sich ein bohnengrosser, schmerzhafter Knoten vor. Im Urethralsecret sind überaus zahlreiche Gonococcen vorhanden. Am sechsten Tage wird die Abscessdecke gelblich verfärbt; die Perforation bereitet sich vor. Die noch intacte Decke wird mit einem flachen Schnitt abgetragen, und so der Abscess eröffnet. Im Abscesseiter findet man nur eine mässige Menge von Gonococcen. Die angelegten Agar- und Gelatineculturen gingen nicht auf, eine Mischinfection ist also ausgeschlossen; übrigens kann man auch mikroskopisch die Strepto- und Staphylococcen mit der grössten Sicherheit ausschliessen.

Die Abscesshöhle erscheint unter dem Mikroskope von einer dichten Menge polynucleärer Leukocyten erfüllt; auch die epitheliale Decke ist ganz durchwuchert von denselben, ihre Continuität ist aber noch nirgends unterbrochen. Dort, wo die Leukocyten besonders reichlich im Epithel sich vorfinden, ist



die Tingirbarkeit des Zellprotoplasmas vermindert, auch die Zellkerne erscheinen blässer. Stellenweise färben sich die Zellen ungleichmässig, indem der untere Theil stark, der obere schwach oder gar nicht gefärbt ist, eine Erscheinung, die Ehrmann[1]) beim breiten Condylom beschreibt, und die er auf den ungleichmässigen Wassergehalt der Zellen zurückführt.

Drüsenreste sind in den Präparaten nirgends zu finden.

Das Bindegewebe ist reich an sehr grossen, unregelmässig geformten, oft mit Ausläufern versehenen, wie aufgeblähten Zellen, die einen ebenfalls grossen runden oder ovalen, heller gefärbten, mit 1—2 Nucleoli versehenen Kern enthalten. Einige darunter sind mit Eiterkörperchen erfüllt, viele zeigen karyokinetische Figuren. Aehnliche Zellformen erwähnt auch Jadassohn.[2]) Gonococcen wurden nur in mässiger Anzahl in den Präparaten gefunden; am ehesten in der Abscesshöhle, wo sie theils intra-, theils extracellulär lagen. Sie waren aber auch in den oberflächlicheren Lagen vorhanden, in zwei Schnitten sah ich sie sogar in den tieferen Epithelschichten in extracellulärer Lage.

Die hier niedergelegten Erfahrungen zusammenfassend, kommen wir bezüglich der Pathologie der Gonorrhoe zu folgenden Resultaten: Es ist nicht so sehr der Umstand, ob ein ungeschichtetes oder geschichtetes, Cylinder- oder Pflasterepithel vorliegt, für das Fortkommen der Gonococcen entscheidend, sondern die Frage, ob das Epithel dem Charakter der Schleimhaut oder der Haut entspricht. Auch die Frage, ob das Epithel mehr oder weniger locker ist, kommt nicht so sehr in Betracht, als der Umstand, ob das Epithel in sich die Fähigkeit besitzt, eine Hornschicht zu bilden oder nicht, was bekanntlich nicht die Folge des Freiliegens oder Gedecktseins ist. Ist es im Stande eine Hornschicht zu bilden, so scheint es immun zu sein.

Bezüglich der Fähigkeit der Gonococcen Eiter zu bilden lehrt uns der zuletzt angeführte Fall von periurethralem Ab-

[1]) Ehrmann. III. dermat. Congress p. 311.

[2]) Jadassohn. Zur pathol. Anatomie und allgem. Pathologie des gonorrh. Processes. IV. derm. Congr.



scess, dass wenn auch der Ausgangspunkt derselben eine Littré'sche Drüse, oder eine Morgagnische Tasche ist, doch eine echte Eiterung des Bindegewebes selbst stattfindet, wie das auch schon von anderen Autoren beobachtet wurde. (Pelizzari, Jadassohn etc.)

Zum Schlusse ist meine angenehmste Pflicht, meinen hochverehrten Lehrer Herrn Doc. Dr. Ehrmann sowohl für das mir zu Gebote stehende Material, als auch für die vielfache Unterstützung und Anregung während meiner Arbeit, den besten Dank auszusprechen.

Die Erklärung der Abbildungen auf Taf. V und VI ergibt sich aus dem Text.

Ueber virulente Bubonen und den Ulcus molle-Bacillus.

Von

Dr. **Rudolf Krefting,** Christiania.

Was die Entwickelung von Bubonen nach Ulcus molle bedingt, ist bei der Mehrzahl der vorkommenden Fälle unaufgeklärt.

Die nicht virulenten enthalten bekanntlich Eiter, in welchem weder mikroskopisch noch durch Züchtungsversuche auf den bekannten Nahrungssubstraten Mikroben nachgewiesen werden können.

Bei Probeinoculationen gibt dieser Eiter keinen Ausschlag und entspricht dem, was man bakteriologisch unter sterilem Eiter verstehe.

Diese Art Bubonen sind der Erfahrung aller Kliniken gemäss die am häufigsten vorkommenden und können periodisch in so überwiegend grosser Anzahl vorkommen, dass einzelne Forscher, [1]) die eine Serie solcher Fälle angetroffen, sich haben verleiten lassen, die Existenz der virulenten Bubonen zu leugnen.

Einzelne Fälle von Drüseneiterung nach Ulcus molle, wo Staphylococcen oder Streptococcen nachgewiesen werden können, müssen als durch Mischinfection hervorgerufen angesehen werden und dürfen nicht hierher gerechnet werden, obschon sie sich klinisch den nicht virulenten Bubonen mit sterilem Eiter sehr ähnlich verhalten. Was die virulenten Bubonen betrifft, scheint dagegen die Aetiologie klar zu sein, obwohl noch verhältnissmässig

[1]) Traedgaard, Strauss. Aus der späteren Zeit Ducrey.



wenige Untersuchungen vorliegen, die das Vorhandensein vom Ulcus molle Bacillus in denselben zeigen.

Da es nur meine Absicht ist, ganz kurz meine fortgesetzten Untersuchungen der von mir behandelten Fälle von Bubonen mitzutheilen, will ich die Geschichte mit Rücksicht auf die Ulcus molle-Frage nicht wiederholen. Seitdem ich mich mit der Frage beschäftigt habe, ist es mir oft eingefallen, dass Ulcus molle nicht ein so sicher begrenzter Krankheitsbegriff zu sein braucht, und dass die Krankheit z. B. nicht vollständig dieselbe ist, wenn sie in Christiania auftritt, wie in Neapel, Wien etc., sowie dass Finger, der angibt, dass die Wiener Schule den Krankheitsbegriff etwas weiter definirt, zum Theil Recht haben könnte.

Es liegen jedoch jetzt nach dem Nachweise des Bacillus so zahlreiche, völlig übereinstimmende Untersuchungen aus so vielen weit von einander liegenden Orten vor, dass die Krankheit überall als einartig und unbedingt dieselbe constatirt werden muss. Die Anzahl derjenigen, die ihre Funde vom Bacillus in den Schankerwunden und den Inoculationspusteln mitgetheilt haben, ist schon jetzt sehr gross.

Der, welcher zuerst den Bacillus nachwies, Ducrey, war aus dem südlichsten Theil Europas und kam mit seinen Untersuchungen im Jahre 1889.[1]) Darauf kamen meine Untersuchungen, die zum Theil von mir ausgeführt waren, ohne Ducrey zu kennen, aus dem nördlichsten Theile Europas — Christiania — veröffentlicht im Jahre 1891.[2]) Dann Unna[3]) aus Hamburg im Jahre 1892, der eine Methode zum Färben der Bacillen im Schnitt erfand. Quinquaud und Nicolle[4]) aus Paris, Petersen[5]) aus St. Petersburg, Riviere[6]) aus Frankreich

---

[1]) Congres internat. de dermat. et de syph. Paris 1889. Comptes rendus p. 279.

[2]) Nord. med. Archiv 1891. Archiv für Derm. u. Syph. 1892. Ann. de derm. et syph. 1893.

[3]) Monatshefte für prakt. Dermat. 1892 u. 1895.

[4]) Annales de Dermatol. et syph. 1892 p. 818. Thèse de Paris 1893.

[5]) Wratsch. Februar 1893.

[6]) Journal des connaissances méd. Mai 1893.

Walther Petersen[1]) aus Bonn, Mermel,[2]) Colombini[3]) aus Siena, Audry[4]) aus Toulouse, Dubreuilh und Lasnet[5]) aus Bordeaux, Spietschka[6]) aus Prag. Aus Wien und Breslau haben Rille[7]) und Buschka[8]) Untersuchungen mit positivem Resultat mitgetheilt.

Bei einem Falle von Ulcus molle auf der Zunge ist in Paris in Fournier's Abtheilung der Bacillus sowohl im Secret der Wunde als auch in den Wundwänden nachgewiesen worden.[9])

Bei einem Falle von Ulcus molle am Finger, der als Panaritium angenommen war, hat der Nachweiss vom Ulcus molle-Bacillus die Diagnose bestätigt.[10])

Wenn man sieht, dass alle diese Untersuchenden aus so fern von einander liegenden Orten im Wesentlichen zu demselben Resultat gekommen sind, kann man sich nicht — wie Verfasser neuerer Lehrbücher es thun —. allzu skeptisch verhalten, selbst wenn es auch noch Niemandem gelungen ist, die Mikroben auf künstlichen Nahrungssubstraten zu züchten.

Eine Art Reincultur ist es jedoch, wenn man den Bacillus in Serien von Inoculationspusteln ohne Beimischung von anderen Mikroben nachweisen kann — eine Reincultur mit der menschlichen Haut als Nahrungssubstrat. Der Leprabacillus kann weder gezüchtet noch inoculirt werden, aber dennoch zweifelt Niemand daran, dass er die Krankheit hervorruft.

Während in Betreff der Schankerwunden zahlreiche, völlig übereinstimmende Untersuchungen, die alle das Vorhandensein des Bacillus sowohl im Eiter aus denselben in den Wundwänden (Schnitt) und den Inoculationspusteln, bestätigen, sind die Mittheilungen, welche über dessen Verhältniss zu den Bubonen

---

[1]) Centralblatt f. Bakter. Juni 1893.

[2]) Archiv gen. de med. August 1893.

[3]) Comm. clin. delle mal. cut. e gen. 1893—94.

[4]) Gazette hebdom. 1893.

[5]) Archiv klin. de Bordeaux. 1893.

[6]) Archiv f. Derm. u. Syph. 1894.

[7]) Verhandl. V. Deutscher Dermat.-Congress in Graz. 1895.

[8]) Ebendaselbst. Ref. in diesem Archiv 1896.

[9]) Emmery und Sabourand. Annales de dermat. p. 198. 1896.

[10]) Krefting. Extragenitale Ulcera mollia. 7 Fälle. Norsk. Mag. for Laegev. 1896 p. 158.



vorliegen, ziemlich spärlich. Was die **nicht virulenten Bubonen** betrifft, sind jedoch alle Untersucher darüber einig, dass in diesen weder Ulcus molle-Bacillen noch andere Mikroben nachgewiesen werden können.

Nachweis vom Ulcus molle-Bacillus in 2 Fällen von **virulenten Bubonen** sind von mir schon im Jahre 1892 in diesem Archiv mitgetheilt worden.

Der eine dieser Fälle war besonders merkwürdig, indem bei demselben Patienten sich in der einen Leiste ein virulenter und in der anderen ein nicht virulenter Bubo befand.

In den „Annales de derm. et syph. 1893 pag. 837" wurde ein dritter Fall mitgetheilt, woselbst ich ausser im Buboeiter und den hiermit hervorgerufenen Inoculationspusteln, nach Unna's Methode die Bacillen auch in Schnittpräparaten von excidirten Stücken der Bubowand, nachwies. In demselben Jahre kamen Dubreuilh und Lasnet's[1]) Untersuchungen einer grossen Anzahl von Bubonen während einer Ulcus molle-Epidemie in Bordeaux. Die Genannten kamen ebenfalls zu einem positiven Resultat und schreiben die Virulenz dem Vorhandensein des „bacille de Ducrey" zu.

„Von dem Augenblick an, da der Bacillus nachgewiesen werden kann, ist der Eiter virulent und inoculabel."

In den nicht virulenten Bubonen fanden diese Forscher auch keine Mikroben.

In einer kurzen Zeit — vom 12. Januar bis 11. August 1893 — haben dieselben observirt:

136 Fälle von Bubonen, von denen 27 resorbirt wurden, ohne sich zu öffnen. 43, die geöffnet wurden, waren nicht virulent. 51 wurden nach dem Oeffnen virulent, waren es aber nicht gleich. 12 Fälle, die sich von selbst geöffnet hatten, ehe die Patienten ins Hospital gebracht wurden, waren sämmtlich virulent. 3 Fälle waren virulent vom ersten Tage an.

Es scheint eine sehr intensive Epidemie gewesen zu sein, sowohl mit häufig vorkommenden Fällen von Bubonen als auch intensiven Fällen, indem von 109 Fällen, die sich öffneten oder geöffnet wurden, 69 virulent waren.

[1]) Archives cliniques de Bordeaux. 1893. Nr. 10 und 11.



Spietschka aus Prag, der in diesem Archiv im Jahre 1894 eine Reihe Untersuchungen von Bubonen, 46 Fälle, mitgetheilt hat, hat nur 2 Mal gesehen, dass der Bubo schankrös wurde und beide Male nach dem Oeffnen. Sowohl im Wundsekret als auch in den hiermit hervorgerufenen Inoculationspusteln konnten die Bacillen nachgewiesen werden. Der Verfasser legt jedoch diesen beiden Fällen keine Bedeutung bei, da er die Möglichkeit nicht ausschliessen kann, dass eine von Aussen kommende Infection die Ursache ihres Schankröswerden gewesen sein kann.

Ich möchte jedoch geneigt sein zu glauben, dass dies nicht der Fall gewesen ist, da es nicht so selten geschieht, dass die Virulenz und damit der Bacillus erst nach dem Oeffnen des Bubos [1]) auftritt, welches auch mit Dubreuilh's Untersuchungen stimmt. Für Dubreuilh ist es Regel gewesen, dass der Bubo im Augenblicke des Oeffnens nicht virulent war. Nur 3 Mal fand er „virulence d'emblée".

Wenn man im Uebrigen die Fälle von Dubreuilh, wo über die Hälfte virulent war, und Spietschka's 46 Fälle, von denen nur 2 virulent wurden, vergleicht, bekommt man den Eindruck, dass das Virus in Bordeaux sich am Intensität sehr von dem Virus in Prag unterscheiden musste.

Jeder, der Inoculationsversuche vorgenommen hat, wird auch erfahren haben, dass der Anschlag in Bezug auf Intensität bedeutend variiren kann, gleichwie man erfahren haben wird, dass die Bacillen in grösster Menge vorhanden sind, wenn der Anschlag lebhaft ist. [2]) Wenn die Angaben mit Rücksicht auf die Häufigkeit der Bubonen, zumal der virulenten Bubonen, aus den verschiedenen Städten so abweichend sind, muss man annehmen, dass dies von Abweichungen im Charakter der Epidemien herrührt.

---

[1]) In meiner, im Jahre 1892 in diesem Archiv mitgetheilten Arbeit habe ich etwas übereilt angenommen, dass ein von Anfang an nicht virulenter Bubo nicht virulent wird, ohne dass er von aussen inficirt wird. Später habe ich selbst Gelegenheit gehabt, einen Fall zu beobachten, wo die Virulenz erst 3 Tage nach dem Oeffnen eintrat.

[2]) „Die Menge der Bacillen steht im Verhältniss zur Intensität des Ausschlags." Krefting. Annales de dermat. et syph. 1893 p. 838.



Aus Breslau liegen jetzt auch Untersuchungen von virulenten Bubonen mit positivem Resultat von Buschke[1]) vor, der in 9 von den untersuchten 36 Fällen die Bacillen fand, die er auch in Schnittpräparaten vom Düsenparenchym nachweisen konnte.

In sämmtlichen 9 Fällen war der Eiter im Augenblicke des Oeffnens inoculabel, aber der Verfasser gibt zu, dass es Fälle gibt, wo der Bubo erst mehrere Tage nach dem Oeffnen schankrös wird und erklärt es auf die Weise, dass die im Eiter vorhandenen Bacillen todt sind, dass aber das in der Tiefe noch nicht zerfallene Drüsengewebe die virulenten Mikroben enthält, die das Schankröswerden veranlassen. Raff,[2]) auch aus Breslau, berichtet von Jadassohn's Abtheilung von 22 Fällen von Bubonen nur 2 Fälle virulenter Bubonen, die dasselbe Verhältniss wie Buschke's 9 Fälle zeigten. In den übrigen 20 Fällen ergab sowohl die mikroskopische als auch die bakteriologische Untersuchung ein negatives Resultat (steriler Eiter).

In Wien fand Rille[3]) von 100 Fällen 9 mit inoculablem Eiter, mit Bacillen, die auch in excidirten Drüsenstücken und excidirten Impfgeschwüren nachgewiesen werden konnten. Er bekam auch stets Anschlag mit Materie, die unmittelbar nach dem Oeffnen genommen worden.

Im Uebrigen hat Rille eine Statistik der Anzahl der Haftungen nach Impfungen mit Buboeiter gesammelt.

Unter 2117 Inoculationen, von 22 Autoren vorgenommen, befinden sich 609 Haftungen, also 28%.

Im Anschluss an diese verhältnissmässig wenigen vorliegenden Mittheilungen über den Fund des Ulcus molle-Bacillus in virulenten Bubonen will ich in Kürze meine fortgesetzten Untersuchungen erwähnen, die übrigens nicht Neues ergeben, sondern nur bestätigen, was früher mitgetheilt worden. In den Jahren 1895 und 1896 habe ich unter meiner

---

[1]) Verhandl. des V. deutschen Dermatologen-Congresses Graz. 1895. Ref. in diesem Archiv 1896. XXXIV. 24.

[2]) V. Dermat.-Congr. In diesem Archiv Bd. XXXIV p. 121.

[3]) Daselbst.



Privatclientel 143 Fälle von Ulcus molle behandelt, wovon 27 Fälle mit Bubonen complicirt waren — also nur 19%.

Ich habe hier nur die Fälle mitgerechnet, die geöffnet werden mussten. Sämmtliche Fälle wurden, mit Ausnahme eines virulenten Falles, wo der Patient wegen hochgradiger Schmerzen einige Tage zu Bette lag, ambulatorisch behandelt und die Patienten gingen mit Stärkebandagen herum. Unter diesen 27 Fällen waren 7 virulent mit inoculablem Eiter.

Wenn Virulenz vorhanden war, wurde nie vergeblich nach Bacillen gesucht.

In einem dieser 7 Fälle trat die Virulenz erst 3 Tage nach dem Oeffnen auf.

Im Uebrigen bieten diese Fälle nichts von dem obenerwähnten Abweichendes dar. Die Zahlen sind leider allzu klein, als dass es eine Bedeutung haben könnte, den Procentsatz der Virulenz auszurechnen, der hier 26% war.

Diese Zahl entspricht jedoch ziemlich genau der Durchschnittszahl, welche Rille von aller vorliegenden Inoculationsstatistik ausgerechnet hat, nämlich 28%.

Die übrigen 20 Fälle enthielten sterilen Eiter, es konnten weder durch mikroskopische Untersuchungen noch durch Züchtungsversuche Mikroben nachgewiesen werden. Ich will den Platz hier nicht zu sehr in Anspruch nehmen, in dem in diese meine Fälle näher referire, aber diese, sowie früher beobachtete haben mich dazu gebracht, einige allgemeine Betrachtungen, sowie einen Vergleich zwischen virulenten und nicht virulenten Bubonen vom klinischen Standpunkt anzustellen.

Weshalb bekommt man Bubonen nach Ulcus molle?

Obschon es von besonderer Bedeutung für die Prophylaxe der Bubonen sein müsste, hierüber Gewissheit zu bekommen, muss doch diese Frage leider dahin beantwortet werden, dass man den Grund nicht kennt. Freilich werden verschiedene Gelegenheitsursachen angegeben, aber dieselben spielen keine entscheidende Rolle.



Gleichwie man beobachten kann, dass die hartnäckigsten und virulenten Bubonen sich bei einem Patienten entwickeln können, der ganz ruhig in einem Hospital liegt, sieht man auch. dass keine Bubonen bei Patienten mit Ulcus molle kommen, die gehen, stehen und den ganzen Tag hart arbeiten.

Dass die Bildung von Bubonen von der Grösse der ursprünglichen Wunden nicht abhängt, geht aus meinen Fällen hervor. Ich habe gerade hierauf meine Aufmerksamkeit gerichtet und gefunden, dass die ursprünglichen Wunden in der Regel verhältnissmässig klein und wenig umsichgreifend sind und verhältnissmässig schnell zuheilen in den meisten Fällen, wo sich Bubonen entwickeln.

In einem dieser meiner Fälle von virulenten Bubonen hatte ich die ursprüngliche Schankerwunde exstirpirt. Die Operationswunde heilte pr. primam und dennoch entwickelte sich ein virulenter Bubo.

In einem anderen Falle entwickelte sich ein virulenter Bubo 14 Tage nach dem Zuheilen der ursprünglichen Wunde. Solche Fälle werden von vielen erwähnt.

Bei den meisten der von mir beobachteten Fälle haben die ursprünglichen Wunden ihren Sitz am Frenulum gehabt und dasselbe perforirt und abgefressen. Vielleicht ist das Frenulum eine Localisation, von der aus es dem Lymphstrom am leichtesten fällt, die Bacillen nach den Leistendrüsen zu führen. Das Frenulum als die der Infection am meisten ausgesetzte Stelle ist jedoch so oft der Sitz weicher Schankerwunden, ohne dass Bubonen kommen, dass auch dieses Verhältniss nicht erklären kann, weshalb die Bubonen kommen.

Von den 143 Fällen von Ulcera mollia aus meiner Privatpraxis, die ich hier erwähnt habe, waren nur 27 Fälle mit Bubonen complicirt — ca. 19%.

Berichte aus Hospitälern zeigen selbstredend einen viel grösseren Procentsatz von Bubonen im Verhältniss zu den behandelten Fällen von Ulcus molle, da vorzugsweise die complicirten Fälle das Hospitel aufsuchen.

Nach Dubreuilh ist ca. die Hälfte der im Hospital behandelten Fälle mit Bubonen complicirt. Jullien hat eine



Statistik über 2698 Fälle von Ulcus molle, wovon 57% mit Bubonen complicirt waren.

Petersen in St. Petersburg hat eine Statistik über 4275 Fälle mit einer Häufigkeit von Bubonen von 39%.

Neumann hat auf 2696 Fälle von Ulcus molle 41% mit Bubonen complicirt. Ungefähr denselben Procentsatz hat v. Zeissl. Ebensowenig wie man die Frage, weshalb überhaupt Bubonen kommen, beantworten kann, ebenso wenig kann man erklären, weshalb einige Bubonen virulent werden, während der grösste Theil nicht virulent wird, ungeachtet die ursprünglichen Wunden in sämmtlichen Fällen keinen Unterschied zeigen.

Eins scheint jedoch sicher zu sein: damit Virulenz zu Stande kommen soll, muss der Ulcus molle-Bacillus die Lymphbahnen bis zu den Drüsen passiren.

Was dagegen den sterilen, nicht inoculablen Eiter in den nicht virulenten Bubonen hervorruft, weiss man nicht. Bis auf Weiteres muss man sich mit der Hypothese über die Stoffwechselproducte der Mikroben, die Eiterung ohne Bakterien hervorrufen können sollen, begnügen.

Die Häufigkeit der virulenten Bubonen.

Die Angaben über die Häufigkeit der virulenten Bubonen im Verhältniss zu den nicht virulenten, variirt, wie man sieht, bedeutend.

Während Dubreuilh aus Bordeaux, wenn nur die geöffneten Bubonen mitgerechnet werden, 68% virulente hat, sind die Angaben aus Breslau, wenn man Buschke und Raff's Fälle zusammen legt, 19%. Aus Prag nach Spietscha nur 4%. Aus Wien nach Rille nur 9%. Nach meinen Fällen von früher und jetzt sollte das Verhältniss ca. 25% sein.

Ich habe mit Willen hier nur Untersuchungen mitgenommen, die nach der Entdeckung des Bacillus vorliegen.

Wie man sehen wird, sind diese Zahlen bedeutenden Schwankungen unterworfen, nicht nur an den verschiedenen Orten, sondern auch in derselben Stadt, indem Buschke und Raff aus Breslau resp. 25% und 8% haben.



Wenn das Verhältniss mit Bezug auf die Virulenz so bedeutend variiren kann, ist es auch nicht so seltsam, dass einzelne Untersucher, die eine Serie von nicht virulenten Bubonen treffen, sich dazu verleiten lassen können, die Existenz der virulenten Bubonen zu leugnen. Im Allgemeinen sind die virulenten Fälle nicht gleichmässig vertheilt zwischen den nicht virulenten, sondern sie kommen nacheinander.

Wenn die Abweichungen mit Rücksicht auf die Häufigkeit der Virulenz nicht recht bedeutend sind, so kann dies ja nur auf einem Zufall beruhen.

Die Untersuchungsserie ist nicht gross genug gewesen; aber wenn die Abweichungen so gross sind wie zwischen Dubreuilh's 68% aus Bordeaux und Spietschka's 4% aus Prag, muss man annehmen, dass dieses gewissen Verhältnissen beim Virus zuzuschreiben ist, die der Epidemie ihr Gepräge geben dürften.

Als Ausdruck eines beständigen Ab- und Zunehmens in der Intensität des Virus kann das bekannte periodenweise, plötzlich epidemische Auftreten der Krankheit in verschiedenen Städten [1]) genannt werden, während sie zu anderen Zeiten beinahe aussterben kann. Während die Anzahl der Fälle von Syphilis und Gonorrhoe freilich bedeutend wechseln kann, sind diese Krankheiten doch nicht solchen plötzlichen Schwingungen unterworfen wie Ulcus molle.

Man hat gesagt, dass die grössere oder geringere Häufigkeit von Ulcus molle ein besonderer Indicator für eine schlechte oder gute Controle sein sollte. Dies ist auch bis zu einem gewissen Grade richtig, insofern als diese Krankheit sich verhältnissmässig leicht controliren lässt, aber es sind doch auch gewiss andere unbekannte Verhältnisse in Betreff der Intensität und Lebensfähigkeit des Virus vorhanden, die eine grosse Rolle spielen und von der Controle unabhängig sind. Hier aus Christiania hat W. Boeck unter seiner Syphilisationsbehandlung gute Beweise dafür geliefert, wie das Virus förmlich aussterben

[1]) Ulcus molle scheint besonders epidemisch aufzutreten in Seestädten, wo alsdann besonders die Seeleute anscheinend neuen und frischen Virus von dem einen Ort zum andern bringen.



konnte — es verlor seine Virulenz — selbst wenn es fortwährend von einem Individuum auf andere geführt wurde.

Wenn der Christianiafjord durchs Eis geschlossen war und keine Fahrzeuge kommen und mit ihnen Seeleute mit neuem Import von Ulcera mollia, konnte es geschehen, dass es unmöglich war, Virus in der Stadt aufzutreiben.

Der klinische Unterschied zwischen nicht virulenten und virulenten Bubonen.

Ich will diese kurze Mittheilung nicht schliessen ohne den grossen klinischen Unterschied zwischen virulenten und nicht virulenten Bubonen, sowohl mit Rücksicht auf Symptome als auch Verlauf, zu pointiren. Schon ehe der Bubo sich öffnet oder geöffnet wird, kann man eine ziemlich sichere Vermuthung haben, ob er virulent wird oder nicht. Geht das Hinschmelzen des Drüsengewebes schnell vor sich, ist wenig Empfindlichkeit, nicht besonders intensiver Rubor der Haut über demselben vorhanden, kann man mit ziemlich grosser Sicherheit die Diagnose nicht virulenter Bubo stellen. Macht man Probepunction und hat der ausgezogene Eiter ein grauliches, halb schleimiges Aussehen, kann man ohne noch Bacillen zu suchen, mit Sicherheit den Fall als nicht virulent ansehen. Nach dem Oeffnen zeigen diese Bubonen auch ein charakteristisches Verhalten. Die Secretion nimmt schnell ab. Die Wundränder werden nicht angefressen und heilen oft sehr schnell, oft innerhalb 8 Tagen. Ausnahmsweise kann bei scrophulösen Patienten die Drüsenanschwellung sich sehr lange halten und die Theilung lange Zeit in Anspruch nehmen mit Bildung von Senkungen und Fisteln.

Ein grosser Theil der nicht virulenten Bubonen werden resorbirt, ohne dass sie sich öffnen oder geöffnet werden, was nie mit den virulenten geschehen kann.

Entwickelt sich dagegen der Bubo schnell mit grosser Empfindlichkeit und intensivem Rubor in der Haut, so kann die Entwicklung eines virulenten Bubos befürchtet werden. Wenn er nicht incidirt wird, wird er sich schnell durch die Haut fressen, während die nicht virulenten sehr



lange stehen können ohne durchzubrechen, selbst wenn die Haut über denselben sehr dünn ist.

Der Buboinhalt unterscheidet sich auch vom Inhalt des nicht virulenten Bubos, indem er gewöhnlich eine schmutzige Chocoladenfarbe besitzt.

Wenn ein solcher Bubo durch Incision geöffnet ist, wird es auch nicht lange dauern, bis die scharfen Wundränder angefressen werden und ein charakteristisches chancröses Aussehen annehmen. Mit Rücksicht auf die Dauer der Behandlung besteht auch ein grosser Unterschied zwischen den nicht virulenten und den virulenten Bubonen.

Während die ersteren gewöhnlich (wenn sie nicht mit Scrophulose complicirt werden) überaus schnell nach dem Oeffnen zuheilen, ja sogar nicht selten, selbst nachdem das Drüsengewebe in grosser Ausdehnung weich geworden, zurückgehen ohne sich zu öffnen, nimmt die Behandlung der virulenten stets ziemlich lange Zeit in Anspruch, bei beliebiger Behandlung.

Wenn diese Patienten den ganzen Tag gehen oder stehen sollen, wie bei mehreren meiner obenerwähnten Fälle, zieht die Behandlung sich selbstredend etwas mehr in die Länge, als wenn sie im Hospital behandelt werden oder sich absolut ruhig verhalten; aber unter allen Umständen erfordert die Behandlung eine ziemlich lange Zeit.

Wenn in der Literatur verschiedene Mittheilungen über schnelle, zum Theil abortive Behandlungsmethoden für Bubonen erschienen sind, so ist nicht genügend Rücksicht darauf genommen worden, inwiefern der Bubo virulent war oder nicht.

Trifft man eine Serie nicht virulenter Bubonen und benutzt eine beliebige Behandlung, wird man stets glänzende Resultate erzielen.

Behandlung.

Nach meiner geringen Erfahrung scheint den virulenten Bubonen gegenüber die eine Methode nicht sonderlich besser als die andere zu sein.

Wo man Jodoform gebrauchen kann, ist solches sicherlich das beste Mittel, aber ich habe es des Geruches wegen nur ausnahmsweise bei meinen Patienten gebrauchen können.

Ich habe nur grosse Incisionen und Auslöfflung sowie Entfernung von unterminirten Hautpartien vorgenommen. Ab und zu Aetzungen mit rauchender Salpetersäure.

Verbinden mit Dermatol, Salicylwatte sowie Stärkebinde, die ein paar Mal wöchentlich gewechselt wurde.

Die rationellste und wirksamste Behandlungsmethode ist Welander's Wärmebehandlung, die auf dem Factum basirt ist, dass das Virus bei verhältnissmässig niedriger Temperatur ca. 40° getödtet wird.

Leider erfordert diese Methode so viele Apparate, dass dieselbe nur für Hospitalsbehandlung passt.

Das Verhältniss der virulenten Bubonen kann somit in wenigen Zeilen resumirt werden:

1. Die Häufigkeit der virulenten Bubonen im Verhältniss zu den nicht virulenten scheint bedeutend zu variiren.

2. Die Virulenz wird vom Vorhandensein des Ulcus molle Bacillus bedingt.

3. Die Virulenz und somit auch der Bacillus sind gewöhnlich vor dem Oeffnen des Bubos vorhanden (bubon virulent d'emblée), können aber auch kommen, nachdem er geöffnet ist (bubon virulent consecutivement).

4. Die Differentialdiagnose zwischen virulentem und nicht virulentem Bubo kann im Allgemeinen mit ziemlich grosser Sicherheit gestellt werden, ehe derselbe geöffnet wird.

Der klinische Unterschied zwischen nicht virulentem und virulentem Bubo lässt sich folgendermassen schematisiren:



Nicht virulenter Bubo.	Virulenter Bubo.
Das Hineinschmelzen des Drüsengewebes geht langsam vor sich.	Das Hinschmelzen geht schnell vor sich.
Geringe Empfindlichkeit. Wenig ausgesprochener Rubor der Haut über dem Bubo.	Starke Empfindlichkeit. Intensiver Rubor.
Der Inhalt ist von graulichem, schleimigem Aussehen.	Der Inhalt ist gewöhnlich schmutzig, chocoladenfarbig.
In demselben lassen sich keine Mikroben nachweisen, weder mikroskopisch noch durch Züchtungsversuche.	Der Ulcus molle-Bacillus lässt sich nachweisen, wennschon in spärlicher Anzahl.
Die Rundzellen färben sich schlecht.	Die Rundzellen färben sich.
Kann zurückgehen, ohne sich zu öffnen oder geöffnet zu werden.	Geht niemals zurück, ohne sich zu öffnen oder geöffnet zu werden. Wenn er nicht incidirt wird, wird die Haut schnell von selbst perforirt.
Nach dem Oeffnen nimmt die Secretion schnell ab.	Nach dem Oeffnen reichliche purulente Secretion.
Die Wundränder nach der Incision werden nicht angefressen.	Die Wundränder werden angefressen gleichwie die ganze Bubohöhle das Aussehen einer grossen Schankerwunde annimmt.
Die Heilung geht sehr schnell, oft innerhalb 8 Tagen.	Die Heilung geht sehr langsam und nimmt oft Wochen und Monate.

Aus der k. k. dermatologischen Universitätsklinik von Prof. F. J. Pick in Prag.

Ueber extragenitale Syphilisinfection.

Von

Dr. **Friedrich Bloch,**
Secundärarzt der Klinik.

Bei dem extragenitalen Sitz des syphilitischen Primäraffectes ist es der Umstand, an ganz ungewöhnlicher Stelle den syphilitischen Initialaffect zu finden, was die richtige Beurtheilung dieser sowohl in praktisch diagnostischer, wie in forensischer Beziehung interessanten Fälle sehr erschwert und manchmal den Primäraffect ganz übersehen, oder eine andere Erkrankung diagnosticiren lässt. Weniger gilt dies von dem extragenitalen Sitz der Sclerose im Bereiche solcher Stellen, wo die Localisation doch noch zu den häufigeren gehört, wie z. B. an den Lippen, wohl aber von den Fällen, bei welchen die Sclerose an Stellen vorkommt, wo sie nur sehr selten oder noch gar nicht beobachtet wurde, während doch eine jede der Infection zugängliche Stelle des menschlichen Körpers der Sitz des syphilitischen Primäraffectes sein kann.

Wenn auch schon eine beträchtliche Anzahl von Fällen extragenitaler Sclerosen publicirt wurde, so erscheint trotzdem noch immer das Studium der Symptome und ätiologischen Momente der extragenitalen Syphilisinfection sehr interessant, sowohl vom rein wissenschaftlichen, als auch vom praktischen Standpunkt und insbesondere auch vom Standpunkte der socialen Prophylaxe von hohem Interesse, weil es nicht allein die Verbreitungswege der Syphilis, sondern auch die Art und Weise der Uebertragung des syphilitischen Contagium kennzeichnet und gleichzeitig auf Massnahmen hindeutet, welche sich als

höchst nothwendig erweisen, um die Verbreitung dieser Krankheit zu verhindern.

Wenn in früherer Zeit die Fälle extragenitaler Infection als etwas sehr seltenes galten, so verlassen sie leider gegenwärtig das Gebiet der „Raritäten" und gelangen immer häufiger zur Beobachtung.

Ich wurde zu vorliegender Arbeit veranlasst, weil von unserer Klinik schon seit längerer Zeit keine Zusammenstellung extragenitaler Infectionen stattgefunden hat, und wir gerade in der letzten Zeit in der Lage waren, eine grössere Reihe von Fällen zu beobachten. bei denen durch mannigfach unterlaufende Umstände der Initialaffect sich an ganz aussergewöhnlichen Orten der allgemeinen Hautdecke entwickelt hat und es wünschenswerth erscheint, über die Häufigkeit der extragenitalen Infection in den verschiedenen Ländern orientirt zu werden und die Statistik wie sie Bulkley,[1]) in so ausgezeichneter Weise inaugurirt hat, zu fördern.

Im Folgenden werde ich meine Fälle, einschliesslich der seinerzeit von Plumert[2]) und Baum[3]) publicirten, nach der Häufigkeit der Localisation angeordnet, mittheilen und einige kurze zusammenfassende Bemerkungen anschliessen.

Meine Zusammenstellung umfasst einen Zeitraum von 11 Jahren, vom Jahre 1885 bis inclusive 1895. anschliessend an die seinerzeit von Baum[4]) publicirten Fälle.

I. Primäraffecte an den Mundlippen.

a) An der Oberlippe. 14 Fälle.

1. Sclerosis initialis labii superioris oris. Lues maculosa. Lymphadenitis sclerotica universalis praecipue submentalis et submaxillaris.

---

[1]) Bulkley. Syphilis in the Innocent. 1894. New-York.

[2]) Plumert. Einige Fälle vom abnormen Sitz der primären Affection bei Syphilis. Wiener medic. Zeitung.

[3]) Baum. Casuistischer Beitrag zur Kenntniss der extragenitalen Initialsclerose. Archiv f. Derm. u. Syph. 1885 p. 97.

[4]) s. o.



S. L., 30jährige Musikersfrau. Die Oberlippe ist stark geschwollen; in der Mitte derselben eine $2\frac{1}{2}$ Cm. grosse Exulceration, ihre Ränder scharf begrenzt, die Basis stark sclerosirt. Sämmtliche Drüsen, insbesondere die submentalen und submaxillaren vergrössert, hart. Am Körper ein Fleckensyphilid. Pat. ist von ihrer eigenen Schwester inficirt, die schon durch 2 Jahre an Syphilis leidet. Der behandelnde Arzt warnte unsere Pat. zum öfteren; sie brauchte jedoch keine weitere Vorsicht und benützte dieselben Ess- und Trinkgeschirre. Pat. hatte lange Zeit hindurch an der betreffenden Stelle eine Rhagade, aus der sich allmälig das Ulcus entwickelte.

2. Primärsclerose an der Oberlippe. Adenitis universalis.

W. J., 26jähriger Kellner, zeigt in der Medianlinie der Oberlippe einen harten Knoten von der Grösse einer kleinen Haselnuss. Sämmtliche Drüsen namentlich am Halse multipel geschwellt.

Pat. gibt erst über öfteres Inquiriren an, dass er Lippen und Zunge mit den Genitalien seiner Geliebten, einer Prostituirten in Berührung gebracht habe.

3. Sclerosis initialis labii superioris oris. Lymphadenitis submaxillaris sclerotica.

A. W., 21jährige Dienstmagd, eingetreten am 14. Juli 1880.

In die Substanz der Oberlippe findet sich ein dieselbe durchsetzender, haselnussgrosser Knoten eingelagert, der an der Oberfläche mit speckigem Belage versehen, gegen die Umgebung scharf abgegrenzt ist. Die Submaxillardrüsen beiderseits hart, fast wallnussgross. Infectionsmodus ist nicht zu eruiren.

4. Sclerosis initialis labii superioris oris. Lues condylomatosa. Scleradenitis universalis.

M. P., 19jähr. Kellnerstochter. Eingetreten am 21. April 1887. Die Oberlippe ectropionirt, in der Mitte derselben sitzt ein circa 2 Cm. im Durchmesser haltendes Geschwür, dessen Basis indurirt erscheint. Sämmtliche zugängliche Lymphdrüsen tastbar, sclerosirt. An den Genitalien exulcerirte Papeln. Pat. wurde von ihrem Geliebten inficirt. Ihr Leiden begann mit der Bildung eines kleinen Knötchens an der Oberlippe, das allmälig exulcerirte und bis zur gegenwärtigen Grösse heranwuchs.

5. Sclerosis initialis labii superioris oris. Lues cutanea papulosa. Lymphadenitis sclerotica submaxill. et inguinalis.

R. D., 30jähr. ledige Dienstmagd. Eingetreten am 14. Nov. 1885.

An der ectropionirten Oberlippe sitzt etwas nach links von der Mittellinie ein fast zehnhellergrosses Geschwür, dessen Grund mässig indurirt erscheint. Die submaxillaren Drüsen sind multipel geschwellt, hart. An den Genitalien exulcerirte Papeln.



Pat. wurde von ihrem Geliebten inficirt. Ihr Leiden begann mit der Bildung eines kleinen Knötchens an der Oberlippe. An dieser Stelle wurde Pat. von ihrem Geliebten, der mit Lues condylomatosa im Krankenhaus lag, geküsst.

6. Initialaffect an der Oberlippe. Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen.

J. M., 23jähr. Mediciner. Einget eten am 13. März 1886. In der Medianlinie der Oberlippe findet sich ein haselnussgrosser Knoten, dessen Basis indurirt erscheint. Die submaxillaren Lymphdrüsen sind beiderseits haselnussgross geschwellt.

Der Pat. gibt an, dass er ursprünglich an der betreffenden Stelle eine Rhagade bemerkt habe, die er öfters aufriss; seit 2 Wochen bemerkt Pat. das Auftreten eines Knötchens, das immer grösser wurde und allmälig exulcerirte. Letzter Coitus vor 4 Wochen.

7. Sclerosis initialis labii superioris oris. Lues condylom. Papulae exulc. ad tonsillas. Adenitis universalis praecipue submaxillaris.

Qu. M., 19jähr. Maler. Eingetreten am 30. März 1889.

Es fand sich in der Medianlinie der Oberlippe ein derber Knoten von der Grösse einer kleinen Wallnuss. Derselbe war mit der äusseren Haut verlöthet, durchsetzte die Muskelpartie und ragte noch ein wenig über die Schleimhaut an der Innenfläche empor. Die submaxillaren Drüsen multipel geschwellt bis zu Bohnengrösse. An der Schleimhaut der Tonsillen exulcerirte Papeln.

Pat. über sein Leiden aufgeklärt, gibt im Verlaufe seines Spitals-Aufenthaltes an, dass er Lippen und Zunge mit den Genitalien seiner Geliebten, die eine Prostituirte war, in Berührung gebracht habe. Die jetzige Affection soll in Form eines Knötchens begonnen haben.

8. Sclerosis initialis ad labium super. oris. Adenitis submaxill. sinistra sclerotica.

M. P., 30jähr. lediger Bahnbeamter, trat am 17. August 1889 in die Klinik ein.

An der Medianlinie der Oberlippe, u. zw. am Uebergang des Lippenroth in die Schleimhaut, zeigte sich eine 1 Cm. im Durchmesser messende papelförmige Erhebung von Bohnengrösse. Das Gewebe um dieselbe von charakteristischer Härte. Die Drüsen in der Submaxillargegend geschwellt, hart. Pat. bemerkt seine Oberlippenaffection seit 3 Wochen. Ueber die Entstehung des Geschwürs weiss der Kranke nichts anzugeben.

9. Sclerosis initialis labii superioris oris. Adenitis submaxillaris bilateralis sclerotica.

P. M., 22jähr. Dienstmädchen, kam am 13. März auf die Klinik. Fast in der Mitte der geschwollenen und ectropionirten Oberlippe findet man eine indurirte, eiförmige Stelle, deren Oberfläche des Epithels beraubt ist. Der Grund infiltrirt, von derber Consistenz. Die submaxill. Drüsen beiderseits geschwollen, derb, gegen Druck unempfindlich. Die



Pat. bemerkt seit 14 Tagen die Affection an der Oberlippe, die in Form eines Knötchens begonnen haben soll. Der Modus der Infection konnte in diesem Falle nicht eruirt werden.

10. Primär-Sclerose der Oberlippe. Schwellung der regionären Lymphdrüsen.

W. S., 10 Monate alte Giesserstochter, wird von ihrer Tante am 29. October 1891 auf unsere Klinik gebracht.

Das für sein Alter schwächlich entwickelte und schlecht genährte Kind trägt in der Medianlinie der Oberlippe einen ungefähr haselnussgrossen Knoten, der sich knorpelhart anfühlt und an der Oberfläche exulcerirt erscheint. Die submaxillaren Drüsen der rechten Seite bilden ein kleinapfelgrosses, hartes Packet. Die Affection an der Oberlippe besteht seit 2 Monaten; es bildete sich ein kleines Bläschen an der betreffenden Stelle, das später exulcerirte und allmälig in das jetzt vorhandene Geschwür sich umwandelte. Die Mutter der Pat. hatte vor einigen Monaten eine fieberhafte Krankheit durchgemacht, der später eine Halsentzündung und nässende, entzündete Stellen an den Lippen und an den Mammen folgten, während sie das Kind nährte. Die Begleiterin des Kindes wird beauftragt, die Mutter der kleinen Pat. mitzubringen. Seit dieser Zeit war jedoch der Fall unseren Augen entschwunden, indem weder Mutter noch Kind sich vorstellten.

11. Ulcus scleroticum labii superioris oris. Lymphadenitis sclerotica sub- et retromaxillaris, submentalis et colli superficialis.

R. S., 26jähriger Finanzaufseher. Eingetreten am 13. Juli 1892.

Die Oberlippe rüsselartig vorstehend, zeigt gerade in der Mitte der Oberlippe einen derben, scharf begrenzten Tumor, der mit einer blutig-eitrigen Borke bedeckt ist; in der Mitte derselben findet sich eine senkrecht zur Lippe verlaufende Rhagade, die auf ihrem Grunde speckig eitrig belegt erscheint. Nach Ablösung der Borke sieht man die Oberfläche der Sclerose im grösseren Umfang als eitrigen Geschwürsgrund. Die Lymphdrüsen an beiden Unterkieferwinkeln, sowie die submaxillaren und submentalen deutlich tastbar, bis bohnengross, derb; gleiche Veränderungen zeigen die oberflächlichen Lymphdrüsen des Halses, besonders rechts; hier lässt sich dieser Lymphdrüsenkranz bis in die Supraclaviculargrube verfolgen. Der Kranke, der bereits zweimal auf unserer Klinik lag, das erstemal mit Ulcus scleroticum in Sulc. glandis, dann später mit Secundärerscheinungen, gibt an, dass er seit seiner Entlassung aus dem Spital fortwährend gesund gewesen ist. Drei Wochen nach dem letzten Coitus bemerkt Pat. das Auftreten eines kleinen Knötchens an der Oberlippe, das allmälig grösser wurde und zerfiel. Pat. erzählt, dass er an der kritischen Stelle von einer Prostituirten geküsst wurde.

12. Sclerosis initialis labii superioris oris. Lues condylomat. cutan. macul. papul. Scleradenitis submaxill. subment. et nuchalis bilateralis.

T. K., 28jährige ledige Kellnerin. Eingetreten am 19. Juli 1893.

Man sieht die Oberlippe stark geschwollen. Rechts von der Medianlinie derselben am Lippenroth beginnend findet sich eine 2 Cm. grosse Ulceration, deren Ränder scharf begrenzt, deren Basis mit Eiter bedeckt erscheint. Das Geschwür fühlt sich sehr hart an; die nächste Umgebung ist auf 1½ Cm. in die Sclerose einbezogen. Die Drüsen in der submaxill., ment. und nuch. Gegend stark geschwellt, manche als taubeneigrosse Tumoren tastbar. Am Stamme ein macul. papulöses Exanthem. Die Pat. gibt an, dass sie sich vor etwa 2 Monaten mit einem von einem Gast bereits benützten Zahnstocher an der Schleimhaut der Oberlippe verletzte. Diese kleine Läsion heilte nicht, sondern wurde zu einem Geschwür, das trotz Behandlung von Seite eines consultirten Arztes mit einer Tinctur und Argentumstift nicht heilen wollte, weshalb sie von ihrem Arzt auf eine chirurgische Klinik geschickt wurde; von dort wurde sie unserer Ambulanz zugewiesen.

13. Ulcus scleroticum labii superioris oris. Scleradenitis sub- et retromaxill, cervic., axill., cubitalis bilateralis.

K. K., ein 7 Jahre altes Mädchen, wird von ihrer Mutter am 10. Januar 1894 in die Ambulanz unserer Klinik gebracht.

Die Oberlippe der Pat. mässig ectropionirt, zeigt in der Medianlinie eine etwas dunkler geröthete, nur wenig über das Niveau erhabene bis linsengrosse stark infiltrirte Stelle. Die sub- und retromaxillaren Lymphdrüsen bis haselnussgross, plejadenförmig geschwellt, hart; die cervic. axill. und cubitalen gleichfalls vergrössert, sclerosirt. Die Arcaden zeigen beiderseits Knickungen, sonst am Körper nichts Abnormes. Genitale rein.

Das Kind hat seit ca. 2 Monaten seine Oberlippenaffection, die erst in Form eines Bläschens aufgetreten ist. Als die Mutter der Pat. auf Wunsch meines Chefs den folgenden Tag ihre anderen 2 Kinder mitbrachte, fand man bei dem 9 Jahre alten Bruder der Pat. eine Initialsclerose am rechten Mundwinkel und bei der 13 Jahre alten Schwester unserer Pat. einen Initialaffect am linken Mundwinkel. Auf beide Fälle werde ich noch zu sprechen kommen. Die Aetiologie der Infection war hier vollkommen klar. Eine 20 Jahre alte Schwester A. K. der oben erwähnten Kinder lag im Spital mit Erscheinungen einer floriden Lues. Die Mutter selbst führt die Erkrankung ihrer Kinder zurück auf Infection seitens dieser Schwester, mit der die Kinder in einem Bette schliefen.

14. Sclerosis initialis ad labium super. oris Lues condylomat. cut. papul., pustulos., ulcerosa. Scleradenitis universal. praecipue submaxillaris dextra.

M. B., 21j. ledige Näherin. Eingetreten am 14. August 1895.

An der Oberlippe u. z. am Filtrum findet sich ein circa 1 Cm. breites, die rechte Hälfte der Oberlippe einnehmendes, zum Theil in der Haut, zum Theil im Lippenroth sitzendes Infiltrat, das an seiner Oberfläche mit einer eitrigen Borke bedeckt ist. Nach Abnahme derselben sieht man ein oberflächliches schüsselförmiges Geschwür mit wallartig aufgeworfenen



Rändern; unter dem rechten Kieferrande eine etwa faustgrosse Geschwulst, dem submaxillaren Drüsenpaket angehörend; über dem centralen Theile derselben die Haut geröthet; die Geschwulst an ihrer Kuppe deutlich fluctuirend; die übrigen Drüsen sclerosirt.

Ueber den ganzen Stamm, die Extremitäten und das Gesicht ausgebreitet ein papulo-pustulöses Syphilid.

P. gibt an, dass sie zuerst u. z. 6 Wochen vor ihrem Spitalseintritt eine Anschwellung unter dem rechten Kieferwinkel und eine Woche später die Affection an der Oberlippe bemerkt habe. Diese trat in Form einer Pustel auf, welche aufbrach und allmälig an Grösse zunahm. Ueber die Entstehung weiss P. keinerlei Angaben zu machen, doch gibt sie zu, dass sie sehr oft Rhagaden an der Oberlippe habe. Im Laufe des Aufenthaltes der P. auf der Klinik nimmt das Exanthem an Intensität zu, es treten Ulcera an den Tonsillen auf; zwei Wochen nach ihrem Spitalseintritt kommt es unter dem rechten Knie allmälig zur Bildung eines scharfrandigen Geschwürs mit speckig belegtem Grunde; am Ende der 3. Woche hatte dasselbe bereits die Grösse eines Guldenstückes erreicht; die Sclerose an der Oberlippe, die bereits überhäutet war, ist neuerdings aufgebrochen, nimmt serpiginösen Charakter an; an den oberen Extremitäten treten neue ulceröse Herde auf.

Beginnend vom primären Geschwür an der Oberlippe, durchlief der Process bei dieser Kranken mit rapider Geschwindigkeit alle Phasen der malignen Syphilis. Schon beim Beginn der Sclerose stellte sich eine Suppuration der rechten Submaxillardrüse ein. Zwei Monate, nachdem die P. die Sclerose bemerkt hate, kam es zum Auftreten eines papulösen Exanthems, zugleich zerfiel die Sclerose neuerdings und entwickelten sich zahlreichen Hautgummen.

b) **An der Unterlippe.** 31 Fälle.

16. Ulcus scleroticum labii inferioris oris. Lues cutanea maculosa. Scleradenit. submaxill.

L. L., 21j. lediger Commis.

Zwei Centimeter vom rechten Mundwinkel entfernt findet sich an der Unterlippe ein kreuzergrosses Geschwür mit speckigem Belag. Die Basis des Geschwürs von charakteristischer Härte. Die Drüsen in der Submaxillargegend geschwellt.

Das Geschwür begann in Form eines Bläschens, das allmälig durch Zerfall seine heutige Grösse erreichte.

Der Infectionsmodus konnte nicht eruirt werden.

17. Sclerosis initialis labii inferioris oris. Lues cutanea maculosa. Scleradenitis regional.

J. J., 4j. Schmiedstochter. Eingetreten am 29. Juni 1880.

Das für sein Alter schlecht entwickelte Kind trägt in der rechten Hälfte der Unterlippe 1 Cm. vom Angulus oris entfernt, einen haselnuss-

grossen Knoten, der sich knorpelhart anfühlt und an der Oberfläche exulcerirt erscheint. Die Submaxillardrüsen derselben Seite sind multipel geschwellt, taubeneigross und indurirt. Auch die Collar- und Cervicaldrüsen tastbar. Ueber den Stamm ist ein maculöses Exanthem verbreitet. Das Kind hatte sich vor etwa 6 Wochen bei einem Sturze mit den Zähnen an der Unterlippe verletzt. Die Wunde, die anfangs stark blutete, bedeckte sich später mit einem Schorfe, der sich wiederholt abstiess und eine nässende Fläche zu Tage treten liess, die sich immer mehr vergrösserte; zugleich nahm die Unterlippe in ihrem Volumen zu und indurirte.

Recherchen nach der Infectionsquelle führten zu einem positiven Resultate. Es ergab sich, dass ein zu wiederholten Malen an unserer Klinik mit Syphilis condylomatosa in Behandlung gewesener Mann zu den Hausgenossen der Familie gehörte und, wie die Mutter des Kindes auf das bestimmteste angab, das Kind nach dem Falle durch Küssen auf die verletzte Stelle zu beruhigen versucht hatte. Kurz nach Spitalseintritt unserer P. stellte sich dieser Mann wieder vor und er bot nebst Condylomen ad anum auch zahlreiche Papulae mucosae an den Lippen dar.

18. Primär-Sclerose der Unterlippe. Schwellung der regionären Lymphdrüsen.

B. H., 24j. ledige Dienstmagd. Eingetreten am 2. März 1881.

Die ganze rechte Hälfte der Unterlippe wird von einem Geschwür eingenommen, das mit einer dünnen, braunrothen Borke bedeckt ist, nur gegen die Mundschleimhaut zeigt es einen speckigen Belag.

Der Grund ist bedeutend resistent. Die rechten Submaxillardrüsen erheblich vergrössert, indurirt.

Die Erkrankung begann vor etwa 7 Wochen mit einem Knötchen, das allmälig grösser und resistenter wurde.

19. Initialsclerose der Unterlippe. Syphilis cutanea maculo-papulosa. Larynxaffection.

M. W., 24j. Stubenmädchen. Eingetreten am 4. December 1882.

An der Unterlippe u. z. gerade in der Medianlinie eine manifeste Sclerose. Am Stamme ein maculopapulöses Exanthem, ausserdem bestanden die Erscheinungen einer acuten Laryngitis.

Der Modus der Infection war hier nicht zu eruiren.

20. Sclerosis initialis labii inferioris oris. Syphilis cutanea maculosa.

J. W., 28j. Regenschirmmacher. Eingetreten am 13. Jänner 1883.

In der linken Hälfte der Unterlippe befand sich ein mehr als haselnussgrosses, bereits in Abschwellung begriffenes Infiltrat, das an seiner Oberfläche ein kreuzergrosses, speckig belegtes Geschwür trug. Die Submaxillardrüsen links bedeutend geschwellt, sclerosirt. Am Stamme ein orbiculär angeordnetes maculöses Syphilid. Die Affection entstand vor 7 Wochen aus dem Pat. unbekannter Ursache.

21. Sclerosis initialis labii infer. oris. Lues condylom. cutanea maculosa. Scleradenitis universalis.



J. N., 24j. verh. Tischler. Eingetreten am 7. Februar 1884.

An der Unterlippe links von der Medianlinie sitzt ein fast kreisrundes, 1 Cm. im Durchmesser haltendes, speckig belegtes Geschwür, dessen Basis sclerosirt erscheint.

Die submaxillaren Drüsen der linken Seite sind in eine hühnereigrosse, harte Geschwulst verwandelt. Die Affection der Unterlippe besteht seit 4 Wochen und hatte mit einem kleinen Bläschen begonnen, das später exulcerirte.

Eine Woche vor Beginn der Affection will P. einem fremden Mann, über dessen Gesundheitszustand er jedoch keine Angaben zu machen vermag, seine Pfeife geborgt haben.

22. Sclerosis initial. labii infer. oris. Syphilis cutanea maculo-papulosa. Scleradenitis buccalis, submaxillaris, nuchalis axillaris et cubitalis dextra.

B. B., 31j. ledige Magd, wurde am 18. Mai 1884 aufgenommen.

Zwei Centimeter vom rechten Mundwinkel beginnend, bis etwas über die Medianlinie der Lippe hinausreichend, sitzt in der Substanz der Lippe ein taubeneigrosser Knoten von derber Consistenz. Von dem Knoten aus zieht ein gänsekieldicker, fester Strang unter der Schleimhaut der Lippe, durch das Gewebe der dem Kiefer anliegenden Wange, zu einer etwa erbsengrossen, harten Drüse, die 2 Cm. über dem Kieferrand unter der Haut fühlbar ist. Die submentalen und die submaxillaren Drüsen vergrössert, hart. Die Drüsen des Nackens sind multipel rosenkranzförmig, erbsengross geschwellt. Auch die axillaren und cubitalen tastbar. Am Stamme und an den Extremitäten ein aus Flecken und Papeln bestehendes Exanthem.

Ueber den Ursprung der Affection wusste P. nichts anzugeben. Vor 6 Wochen soll sich in der Mitte der Unterlippe ein Knötchen gebildet haben, das allmälig bis zur jetzigen Grösse heranwuchs.

23. Ulcus scleroticum ad labium infer. oris. Scleradenitis submaxillaris bilateral.

J. W., 24j. Messerschmied. Eingetreten am 23. Februar 1885.

An der Unterlippe links von der Medianlinie auf die Mundschleimhaut übergreifend, findet sich ein etwa kirschkorngrosses speckig belegtes Geschwür mit indurirter Basis. Die submaxillaren Drüsen namentlich links vergrössert, hart.

Der Modus der Infection konnte in diesem Fall nicht eruirt werden. P. wusste nur anzugeben, dass seine Erkrankung vor 7 Wochen begonnen habe.

24. Sclerosis initialis labii inferioris oris. Lues condylomat. cutan. macul. papul. Scleradenitis submaxillaris, cervicalis, axillaris et cubitalis bilat.

W. M., wurde am 13. December 1886 aufgenommen.

In der Mitte der Unterlippe eine haselnussgrosse infiltrirte Geschwulst, die mit einer braunrothen Borke bedeckt erscheint. Nach Entfernung derselben sieht man ein kraterförmiges Geschwür mit eitrig belegter Basis. Die oben bezeichneten Drüsen vergrössert, hart. Im Verlaufe des Spitalsaufenthaltes tritt ein über den ganzen Körper ausgebreitetes Syphilid auf.

P. erzählte, dass er mit einer Prostituirten Umgang pflegte, die eine Affection an der Lippe hatte. Auf diese Stelle habe er das Mädchen geküsst. Vier Wochen darnach bemerkte P. ein Bläschen an der Unterlippe, das zerfiel und sich allmälig vergrösserte.

25. Ulcus durum labii inferior. oris. Lues cut. macul. papul. Scleradenitis submaxill. cervical. et axillar.

W. Z., 20j. Taglöhner. Eingetreten am 23. Februar 1887.

Auf der Unterlippe u. z. gerade in der Medianlinie eine manifeste Sclerose. Daneben bestand macul. papulöses Exanthem am Körper. Die oben angeführten Drüsen hart, vergrössert. P. ist Tabakkauer, und um seiner Leidenschaft zu fröhnen, schreckt er nicht davor zurück, auf der Strasse gelegene Cigarrenreste aufzuheben und zu kauen.

26. Sclerosis initialis labii infer. oris. Lymphadenitis sclerotica submaxillaris.

A. K., 27j. Kellnerin. Eingetreten am 13. Juni 1887.

An der Unterlippe links von der Medianlinie sitzt ein fast kreisrundes, $1\frac{1}{2}$ Cm. im Durchmesser haltendes, speckig belegtes Geschwür, dessen Basis sclerosirt erscheint. Die submaxill. Drüsen namentlich links vergrössert, hart.

P. führt ihre Lippenaffection darauf zurück, dass sie die Gewohnheit habe, das Geld der Gäste beim Wechseln zwischen die Lippen zu nehmen.

27. Ulcus durum labii infer. oris. Scleradenitis sub- et retromaxillaris.

M. B., 30j. Näherin. Eingetreten am 10. August 1888.

Es zeigte sich in der Mittellinie der Unterlippe ein kreuzergrosses Geschwür mit speckigem Belag, das Gewebe um dasselbe von charakteristischer Härte. Die sub- und retromaxill. Drüsen vergrössert, hart.

Der Modus der Infection konnte in diesem Falle nicht aufgeklärt werden.

28. Ulcera dura labii infer. oris. Lues cutanea macul. papulosa. Adenitis sclerotic. submaxill. cervic. et axill.

J. J., 26j. Taglöhner. Eingetreten am 6. August 1889.

An der vorderen Fläche der Unterlippe zu beiden Seiten der Medianlinie je ein tiefes, kraterförmiges Geschwür mit aufgeworfenen, sclerotisch infiltrirten Rändern. Am Stamme ein maculopapuloses Syphilid. Die oben angeführten Drüsen vergrössert, hart.

Die Affection der Unterlippe datirt seit 4 Wochen und begann mit Bildung zwei kleiner Knötchen, die allmälig grösser wurden und exulcerirten.



29*a*. **Sclerosis labii infer. oris. Lues cutan. macul. papulosa. Scleradenitis submaxill. axillar. et inguin. bilat.**

M. Sch., 28j. Commis. Eingetreten am 4. December 1888.

An der ectropionirten Unterlippe links von der Medianlinie, vom Lippenroth auf die Schleimhaut übergreifend, sitzt ein kreuzergrosses speckig belegtes Geschwür, dessen Umgebung stark infiltrirt erscheint. Am Stamme und an den Extremitäten ein maculöses Syphilid. Die oben genannten Drüsen geschwellt, sclerosirt.

P. gibt an, dass er vor der Lippenaffection, die er seit 4 Wochen bemerkt, an derselben Stelle eine Rhagade gehabt habe und dass er an dieser Stelle von einer Prostituirten geküsst wurde.

29*b*. **Ulcus durum ad labium inferius oris. Lues cutan. macul. papulosa. Adenitis sclerotica universalis.**

J. Sch., 21j. Jurist. Eingetreten am 18. April 1888.

An der Unterlippe u. z. gerade in der Mitte eine manifeste Sclerose. Ueber den ganzen Körper ein maculo-papulöses Exanthem. Sämmtliche dem Tastsinn zugängliche Drüsen tastbar, hart, schmerzlos.

Unser P. bemerkte die Lippenaffection seit 4 Wochen im Anschluss an eine Rhagade. Modus der Infection blieb unbekannt.

30. **Initialsclerose der Unterlippe. Allgemeine Drüsenschwellung.**

F. B., 31j. Schuhmachersgattin. Eingetreten am 25. April 1888.

Die ganze rechte Hälfte der Unterlippe wird von einem Geschwür eingenommen, dessen Basis bedeutend resistent erscheint. Die sämmtlichen zugänglichen Drüsen, namentlich die rechte submaxillare Drüse vergrössert, indurirt.

Aus der Anamnese ergab sich, dass ein zu wiederholten Malen an unserer Klinik mit Syphilis condylomat. in Behandlung gewesener Mann zu den Hausgenossen der Familie gehörte.

31. **Ulcus sclerotium ad labium infer. oris. Lymphadenitis sclerotica submaxillaris sinistra.**

K. K., 38j. Lackirer. Eingetreten am 3. Jänner 1889.

An der Unterlippe links von der Medianlinie sitzt ein fast kreisrundes speckig belegtes Geschwür, dessen Basis sclerosirt erscheint. Die submaxillaren Drüsen sind in eine hühnereigrosse harte Geschwulst verwandelt.

P. erzählt, dass die Affection der Lippe seit 4 Wochen bestehe, mit einem kleinen Bläschen begonnen habe, das später exulcerirte. Eine Woche vor Beginn der Affection will unser Kranker einem fremden Mann, der angeblich einen Ausschlag im Gesicht gehabt hätte, seine Pfeife geborgt haben.

32. **Sclerosis initialis labii inferior. oris. Lues condylom. cutanea maculo-papulosa. Lymphadenitis universalis sclerotica.**

F. G., 22j. Jurist. Eingetreten am 29. Februar 1889.

In der linken Hälfte der Unterlippe fand sich ein mehr als haselnussgrosses, bereits in Abschwellung begriffenes Infiltrat, das an seiner Oberfläche ein kreuzergrosses Geschwür trug. Am Stamme ein orbiculär angeordnetes maculo-papulöses Syphilid. Die Affection entstand vor 12 Wochen aus dem P. unbekannter Ursache.

33. Ulcus durum labii infer. oris. Lues condylomat cutanea maculo-papulosa. Scleradenitis sub-et retromaxillaris, nuchalis et cervicalis.

B. W., 21j. Dienstmädchen. Eingetreten am 6. Mai. 1889.

Genau in der Mitte der Unterlippe sitzt ein 1 Cm. langes, $1 \frac{1}{2}$ Cm. breites flaches Infiltrat, dessen Oberfläche eine glänzendrothe, etwas nässende Fläche darstellt. Die Basis des Geschwürs fühlt sich derb an. Am Stamme ein reichliches Exanthem, an den Arcaden Papeln; die sub- und retromaxillaren Drüsen mächtig geschwollen, hart, die nuchalen multipel rosenkranzförmig geschwellt.

P. bemerkt die Lippenaffection seit 4 Wochen. Sie behauptet von ihrem Geliebten inficirt worden zu sein, der eine ähnliche Affection an der Oberlippe gehabt habe.

34. Sclerosis initialis ad labium infer. oris. Lues condylom. cutan. papulosa. Lymphadenitis sclerotica universalis.

M. M., 18j. ledige Bergmannstochter. Eingetreten am 15. Sept. 1889.

Am rothen Saum der Unterlippe rechts von der Medianlinie befindet sich eine scharf begrenzte, derbe Geschwulst von Haselnussgrösse, an ihrer Kuppe ein etwa linsengrosses Geschwür tragend. Sämmtliche zugängliche Drüsen vergrössert, hart. Am Körper ein ausgebreitetes Exanthem. An den Arcaden Papeln. Das Genitale virginal.

Unsere P. bemerkt die Lippenaffection seit 17 Wochen; von einem Arzt durch längere Zeit mit verschiedenen Salben behandelt. Ueber die Ursache der Infection wurde nichts bekannt.

35. Primäraffect an der Unterlippe. Allgemeine Drüsenschwellung. Ausgebreitetes Hautsyphilid am Körper.

G. E., 25j. Mediciner. Eingetreten am 30. September 1889.

In der Mitte der Unterlippe eine typische Sclerose. Am Stamme ein maculöses Syphilid. Sämmtliche zugängliche Drüsen namentlich die submaxillaren geschwellt, sclerosirt. Seit 6 Monaten bemerkt P. die Lippenaffection, über deren Ursache er nichts anzugeben weiss. Es entwickelte sich im Anschluss an eine Rhagade ein Bläschen, das aufbrach und später exulcerirte.

36. Ulcus scleroticum labii infer. oris. Adenitis submaxillaris bilateral. sclerotic.

M. V., 20j. Kellnerin. Eingetreten am 3. September 1891.

An der Unterlippe zu beiden Seiten der Medianlinie vom Lippenroth auf die Haut übergreifend je ein derbes umschriebenes, etwa bohnengrosses Infiltrat. Die submaxill. Drüsen stark vergrössert, hart, indolent.

P. bemerkt die Lippenaffection seit circa 3 Wochen und gibt an, dass sie von dem Glase eines Gastes getrunken hätte, der einen Ausschlag im Gesichte gehabt habe. Eine Woche darnach bemerkte sie das Auftreten von zwei Knötchen an den betreffenden Stellen.

37. Sclerosis initialis ad labium infer. oris. Lues condylom. cutanea maculo-papulosa. Papulae exulceratae ad genitale externum Lymphadenitis sclerotica universalis praecipue submaxillaris.

Fr. D., 22j. Hausknecht. Eingetreten am 26. Februar 1890.

Die Unterlippe stark geschwellt. In der Mitte derselben findet sich eine $1\frac{1}{2}$ Cm. grosse Exulceration, deren Ränder scharf begrenzt, steil erscheinen, die Basis stark sclerosirt. Am Stamme ein maculo-papulöses Syphilid. Sämmtliche zugängliche Drüsen, namentlich die submaxill. Drüsen, geschwellt, hart.

P. erzählt, dass er eine Rhagade an der betreffenden Stelle hatte. Eine Woche nach dem letzten Coitus bemerkte er, dass die bereits zugeheilte Verletzung wieder aufbrach und Eiter absonderte.

38. Ulcus durum labii inferius oris. Lymphadenitis submentalis sclerotica.

S. E., 25j. Commis. Eingetreten am 2. Februar 1893.

Die Unterlippe ectropionirt, mächtig geschwollen. Die Schwellung fühlt sich sehr hart an und zeigt gerade in der Medianlinie ein circa kreuzergrosses kraterförmiges, speckig belegtes Geschwür. Die submentale Lymphdrüse stark vergrössert, hart.

P. erzählt, dass er an der Stelle des heutigen Ulcus eine Rhagade hatte, auf welche er von einer Prostituirten geküsst wurde. Die Rhagade verheilte; am 6. Tage bemerkte jedoch Patient an Stelle der Rhagade ein Bläschen, das er sich aufkratzte. Bald darauf kam es zu starker Anschwellung der Lippe und zur Bildung eines Ulcus an Stelle des Bläschens.

39. Sclerosis initialis labii inferior. oris et labii dextri orificii externi urethrae. Lymphadenitis submaxill. et inguinal. bilateral. sclerotica.

W. Z., 50j. verheirateter Conducteur. Eingetreten am 15. Mai 1893.

An der l. Unterlippenhälfte unmittelbar neben der Medianlinie ein kirschgrosser etwa 2 Cm. im Durchmesser betragender Knoten. Die Basis desselben von bedeutender Consistenz. Ein ganz analoger Knoten befindet sich am orificium externum urethrae, woselbst er die ganze rechte Seite einnimmt. Auch dieser Knoten von derber Consistenz. Die submaxill. und inguinalen Drüsen vergrössert, hart.

P. gibt an, dass er sowohl die Affection an der Lippe wie am Genitale seit 14 Tagen bemerkt. Ueber die Art der Infection wusste er nichts anzugeben.

40. Ulcus scleroticum labii infer. oris. Scleradenitis submaxill. dextra.



J. R., 24j. Eisendrechsler. Eingetreten am 11. April 1894.

An der Unterlippe rechts von der Medianlinie sitzt ein circa bohnengrosser harter Knoten, dessen Oberfläche exulcerirt, dessen Grund sclerosirt erscheint.

Die submaxill. Drüsen zu einem mächtigen Packet angeschwollen, hart.

P. hatte sich angeblich durch heisse Suppe an der betreffenden Stelle verbrannt, darnach sei ein Bläschen entstanden, das sich P. aufriss, worauf sich ein Geschwür entwickelte. Infectionsquelle blieb unbekannt.

41. Ulcus scleroticum labii infer. oris. Lues cutanea maculosa Lymphadenitis submaxillaris, axillaris et inguinalis sclerotica.

A. N., 18j. Prostituirte. Eingetreten am 5. Februar 1895.

Man fand an der Unterlippe u. z. rechts von der Medianlinie einen circa hellergrossen, speckig belegten, mässig über die Schleimhaut erhabenen, wenig infiltrirten Substanzverlust. Erst im Laufe des Aufenthaltes bildete sich das Ulcus zu einer typischen Sclerose heraus, der in kurzer Zeit darauf eine mächtige Anschwellung der submaxillaren Drüsen folgte. Noch im Laufe ihres Spitalsaufenthaltes trat ein maculöses Exanthem am Stamme auf.

P. gibt an, dass sie von einer anderen Prostituirten, die eine ähnliche Affection an der Lippe hatte, beim Abschied vor ihrem letzten Spitalsaufenthalte geküsst wurde. Drei Wochen darnach bemerkte sie das Auftreten eines Knötchens, das exulcerirte. Die Recherchen ergaben, dass diese Puella Secundärerscheinungen an den Lippen hatte.

42. Scleroses initiales labii inferioris oris. Lues condylom. cutanea maculo-papulosa. Papulae excoriatae penis, scroti et ad anum; Papule mucosae gingivae, tonsillarum et arcuum. Scleradenitis submaxill. nuchal. axillar. et inguinalis bilateralis.

A. P., 22j. Maurer. Eingetreten am 20. März 1895.

Man findet an der Haut der Unterlippe u. z. links von der Medianlinie bis zum Lippenroth reichend ein kronengrosses, derbes, knorpelhartes, braunrothes im Centrum schuppendes, über das Hautniveau etwa $\frac{1}{2}$ Cm. erhabenes Infiltrat. Ein zweites, ebenfalls derbes, braunrothes, circa erbsengrosses Infiltrat findet sich gegenüber dem ersten am Uebergange des Lippenroth in die Schleimhaut. Die Oberfläche dieses Infiltrats ist ihres Epithels beraubt und mit einem speckigen Belag versehen. Die submaxillaren Drüsen beiderseits besonders links mächtig geschwellt, hart. Am Stamme ein reichlich ausgebreitetes Exanthem, an der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle, ad genitale, ad anum exulcerirte Papeln. Die übrigen tastbaren Drüsen vergrössert, sclerosirt.

P. erzählt, dass er zu Weihnachten im Streite beim Nachhausegehen aus einem Gasthaus von einem Kameraden in die Unterlippe gebissen wurde. P. schenkte diesen kleinen Wunden, die sich mit einer Blutborke bedeckt hatten, keine Aufmerksamkeit und ging seiner gewohnten Arbeit



nach. Nach circa 3 Wochen bildeten sich aus den Bisswunden kleine Knötchen, die allmälig zerfielen und sich zu Geschwüren heranbildeten. Gleichzeitig bekam P. die Drüsenschwellung am Halse. Als 14 Tage vor seiner Aufnahme die Affection am Genitale auftrat, sucht P. Spitalshilfe auf. P. gibt weiter an, dass sein Kamerad, der ihm die Verletzung beigebracht, einen Ausschlag hatte, und deshalb in Behandlung eines Arztes stand, auch stehe dieser Kamerad mit einem verrufenen Mädchen im ständigen Verkehr.

43. Ulcus durum ad labium infer. oris. Lues condylomatos. cutan. maculosa. Scleradenitis submaxill. cervic. et axillaris.

J. K., 42j. Gastwirth. Eingetreten am 26. März 1895.

Die Unterlippe erscheint in toto geschwollen, ectropionirt. Links von der Medianlinie ist das Lippenroth und die angrenzende Schleimhautpartie von einem kreuzergrossen, flachen Ulcus eingenommen, das derb anzufühlen ist. Am Stamme ein maculöses Syphilid. Die oben genannten Drüsen vergrössert, hart.

P. bemerkt die Affection seit zwei Mon. Ueber die Krankheit aufgeklärt gibt er an, dass er von dem Glase eines seiner Gäste, der einen Ausschlag im Gesichte gehabt haben soll, getrunken hatte. Nach circa 2 Wochen bemerkte er das Auftreten eines Knötchens an der Unterlippe, das immer grösser wurde und allmälig zerfiel.

44. Sclerosis initialis labii inf. oris. Lues cutan. maculopapulosa. Scleradenitis submaxill. et cervicalis.

A. K., 29j. Kammermädchen. Eingetreten am 14. Juni 1895.

An der Unterlippe u. z. in der rechten Hälfte gleich neben dem Frenulum findet sich ein zweihellerstückgrosses derbes, braunrothes Infiltrat. Die submaxill. und cervicalen Drüsen vergrössert, hart. Am Körper ein reichliches maculo-papulöses Syphilid.

P. acquirirte vor 5 Wochen an der Unterlippe ein Bläschen, das sich öffnete und exulcerirte. Der consultirte Arzt touchirte das Ulcus mit Lapis; auf die geschwellten regionären Drüsen applicirte er eine Salbe. Erst als ein Exanthem am Körper auftrat, sah sich der Arzt veranlasst, die P. ins Spital zu schicken. Der Modus der Infection blieb unbekannt.

45. Ulcus scleroticum ad labium infer. oris. Lues condylom. cutanea maculosa Papulae exulcerat. ad labia et ad nymphas. Scleradenitis sub et retromaxillaris, cervical. inguinal. bilat.

A. Th., 20j. Magd. Eingetreten am 25. December 1895.

An der Unterlippe links von der Medianlinie sitzt ein circa kreuzergrosser Substanzverlust, der scharf begrenzt, eitrig belegt ist. Die Unterlippe im Bereiche des Ulcus ödematös, derb infiltrirt; ad genitale exulcerirte Papeln. Am Stamme ein maculöses Syphilid. Die oben angeführten Drüsen vergrössert, hart.



P. bemerkt seit 8 Wochen das Auftreten eines Geschwürs im Anschluss an eine Rhagade. Ein consultirter Arzt verordnete eine weisse Salbe, jedoch ohne Erfolg. Ueber die Aetiologie dieses Falles wurde nichts bekannt.

c) **Primäraffecte an der Ober- und Unterlippe.** 1 Fall.

46. Scleroses initial. ad labium super. et inferioris oris. Lymphadenitis sclerotic. sub et retromaxillaris.

R. K., 21j. Cadet. Eingetreten am 25. April 1889.

Gerade in der Mitte der etwas ectropionirten Oberlippe und an der correspondirenden Stelle der Unterlippe findet sich je ein etwa halbkreuzerstückgrosses, speckig belegtes, scharfrandiges Geschwür, dessen Basis indurirt erscheint. Die sub und retromaxillaren Lymphdrüsen zu einem mächtigen Packet angeschwollen, hart, indolent.

P. erzählt, dass er seit etwa 6 Wochen die Affection an den Lippen bemerkte. Er hatte vorher an den betreffenden Stellen Rhagaden. Letzter Coitus vor 9 Wochen, wo er die ganze Nacht bei einer Prostituirten zubrachte. Aus den Rhagaden entwickelten sich allmälig Geschwüre, die er anfangs mit verschiedenen Salben behandelte.

d) **Initialsclerosen an den Mundwinkeln.** 5 Fälle.

47. Ulcus sclerotic. ad angulum oris. dextrum. Lues condylomatos. cutanea maculosa. Scleradenit. universalis.

M. K., 41j. Taglöhnerin, zeigt die Ober- und Unterlippe rechterseits bis über die Medianlinie geschwellt. Im Mundwinkel derselben Seite ein Ulcus, auf beide Lippen etwa 1 Cm. weit sich erstreckend. Die Basis des Geschwürs fühlt sich sehr derb an. Die submaxillaren Drüsen derselben Seite bilden ein faustgrosses Packet. Sämmtliche anderen zugänglichen Drüsen sind multipel tastbar. Am Stamme ein maculöses Exanthem.

P. glaubt sich von ihrer Miethsfrau inficirt zu haben. Dieselbe wird von ihrem Arzte wegen Syphilis behandelt, schmiere sich täglich mit einer grauen Salbe und nehme ein weisses Pulver. Pat. pflegt das jüngste 14 Wochen alte Kind dieser Frau, das Kind wird mit einem sogenannten „Zutzel“ aufgezogen, bekanntlich ein Leinwandlappen, in welchem gestossene Semmel und Zucker eingehüllt werden, und der dann zu einer Kugel gestaltet unten zusammengebunden wird. Bevor sie ihn dem Kind zum Saugen gab, tauchte sie ihn in warme Milch, und nahm ihn, um sich zu überzeugen, dass er nicht zu heiss sei, vorher in den Mund. Ebenso machte es auch ihre von ärztlicher Seite ausdrücklich als syphilitisch bezeichnete Mitwohnerin. An ihrem eigenen Kinde bemerkte sie ein Ulcus am Kinn. Die P. brachte ihr Kind mit und wir konnten an der betreffenden Stelle eine Initialsclerose[1]) constatiren. Auf diesen Fall komme ich noch zu sprechen.

[1]) Siehe unten Fall 79.



48. Ulcus scleroticum ad angulum oris sinistrum. Scleradenitis sub — et retromaxill. sinistr.

M. J., 60j. Bedienerin. Eingetreten am 11. Februar 1887.

Im l. Mundwinkel auf beiden Lippen sich ungefähr 1 Cm. weiterstreckend sitzt ein Geschwür, dessen Basis speckig belegt ist, dessen Ränder zerfressen sind. Der Grund des Ulcus fühlt sich derb an. Die regionären Drüsen derselben Seite bilden ein grosses, hartes Packet.

P. erzählt, es sei vor circa 3 Wochen ein kleines Knötchen am Mundwinkel entstanden, das zu dem heutigen Geschwür zerfallen sei. P. ist Bedienerin bei einer Frau, die sich den Körper mit einer grauen Salbe einreibe. P. wurde von einem Arzt auf eine chirurgische Klinik geschickt, wo das Geschwür geätzt wurde. Erst als dasselbe nicht heilte, wurde sie zu uns gesandt.

49. Sclerosis initialis ad angulum oris sinistr. Scleradenit. submaxill. et subment, nuchal. et cervicalis bilateral.

K. K., 10j. Böttcherstochter. Eingetreten am 10. Februar 1888.

Am l. Mundwinkel findet sich ein etwa kreuzergrosses, ziemlich tiefes, am Grunde zum Theil speckig belegtes, zum Theil mit braunen Eiterborken bedecktes Geschwür, dessen Ränder sehr derb infiltrirt und scharf sind. Die obengenannten Drüsen vergrössert, hart.

Der Vater des Kindes erzählt, dass er vor 14 Tagen eine kleine Beule am Kinne unserer P. bemerkt habe, einige Tage später ein Ulcus am linken Mundwinkel. Der Vater erzählt weiter, dass er vor einiger Zeit eine Puella publica durch 14 Tage beherbergt habe, und dass das Kind wiederholt von diesem Mädchen geküsst worden sei.

50. Ulcus scleroticum ad angulum oris. sinistr. Lues condylomat. Lymphadenit. sclerotica submaxill. cervical et axill.

A. K., 13j. Tischlerstochter. Eingetreten am 17. Februar 1890.

Am l. Mundwinkel findet sich ein fast kreisrundes, $1\frac{1}{2}$ Cm. im Durchmesser haltendes, speckig belegtes Geschwür, dessen Basis sclerosirt erscheint. An den Arcaden Papeln. Die submaxill. cervical. axillaren Drüsen vergrössert, hart.

Das Kind soll seit circa 8 Wochen die Lippenaffection haben, die in Form einer Rhagade auftrat.

Unsere kleine Patientin hat sich wie ihre 7j. Schwester [1]) von ihrer eigenen Schwester, der 20j. K. K., inficirt, die im Spital mit Erscheinungen einer floriden Lues lag. Ebenso inficirte sich der neunjährige Bruder A. K., bei dem es sich handelte um

51. Sclerosis initialis in angulo oris dextr. Lues condylom. cutanea macul.-papulosa. Scleradenitis universalis.

A. K., 9j. Tischlerssohn. Eingetreten am 17. Februar 1891.

[1]) Vide Fall 13.

Am rechten Mundwinkel findet man ein etwa linsengrosses mit dickem grau-gelben Belag bedecktes Geschwür, dessen Basis eine derbe Consistenz hat. Am Stamme ein maculö-papuloses Exanthem. Papeln an der Mundschleimhaut und an den Tonsillen. Sämmtliche tastbaren Lymphdrüsen vergrössert, hart.

Die Mutter des Kindes beobachtete vor etwa 3 Monaten am r. Mundwinkel des P. ein kleines Knötchen, das immer grösser wurde. Einige Tage nach dem Auftreten des Knötchens kam es zur Anschwellung der Drüsen am Halse; seit 2 Wochen beobachtete die Mutter das Exanthem.

Sowohl dieser Patient, wie seine beiden kleinen Schwestern schliefen abwechselnd mit der älteren Schwester in einem Bett.

II. Initialsclerosen an der Mamma.

15 Fälle.

52. Sclerosis initialis mamillae dextr. Lues cutanea maculosa. Scleradenitis universalis praecipue axillaris dextr.

A. K., 25j. Taglöhnerin, hat ein über den ganzen Körper ausgebreitetes orbiculär angeordnetes Syphilid. Der Warzenhof der r. Brust zeigt einzelne, violettblau pigmentirte strahlige Narben. Die Warze selbst etwas geschrumpft, von eigenthümlicher, fast knorpelharter Resistenz. Die Drüsen in der rechten Achselhöhle taubeneigross; von denselben lässt sich ein deutlicher, gänsekieldicker Strang gegen die Mamma verfolgen.

Die Infection erfolgte durch ein Pflegekind. Nachdem P. durch 14 Tage das fremde Kind bei sich hatte, bemerkte sie an demselben einen Ausschlag am Stamm und besonders reichlich in den Schenkelfalten. Mit der Indolenz der Leute, denen es hauptsächlich um Entgelt für Pflegekinder zu thun ist, beachtete sie die Sache nicht weiter. Nicht lange darauf begann sich ihre Brust zu entzünden und es entstand ein Ulcus zunächst der Warze. Erst nach 12 Wochen heilte das Geschwür. Seit zwei Monaten bemerkte sie den Ausschlag am Körper.

53. Sclerosis initialis mammae sinistrae. Adenitis suppurativa axillaris sinistra; allgemeines Knotensyphilid der Haut; Gummata auf dem Kopfe, an der Wange und in der Schlüsselbeingegend.

M. W., 26jährige Taglöhnerin, zeigt auf dem Kopfe zunächst dem linken Seitenwandbein drei Exulcerationen, von denen die eine fünf, die anderen 2—3 Cm. im Durchmesser haben. Sämmtliche haben scharf begrenzte, kallös aufgeworfene Ränder, die Basis theils mit nekrotischem Gewebe, theils mit schlaffen Granulationen bedeckt. In der Mitte der l. Wange ein kreuzergrosses, blaurothes Infiltrat; der rechte Nasenflügel defect. Ein ebenso beschaffenes Infiltrat wie an der Wange befindet sich rechterseits über dem Schlüsselbein, die Brustwarze links nur rudimentär vorhanden, in der Achselhöhle derselben Seite eine 3 Cm. grosse lineare Narbe.

P., die ihr Kind, nachdem es 1 Jahr alt war, abstillte, verdingte sich zu einer Beamtensfrau als Amme. Das Pflegekind hatte am ganzen Körper und auch im Munde nässende Knötchen und Flecken. Sie hatte das Kind ungefähr 3 Wochen an der Brust, als links an derselben ein Ulcus entstand, das zwar von dem Hausarzt mit dem „blauen Stift" sofort zerstört wurde, jedoch immer weiter griff. Während dieser Zeit schwollen ihr die Drüsen in der Achselgegend derselben Seite an; gingen in Eiterung über und wurden von dem Arzte eröffnet. Die P. war bereits 3 Monate von dem Kinde weg, als sie am ganzen Körper einen Fleckenausschlag bekam, gegen den sie Jodkali verordnet erhielt. Unter der Behandlung mit Jodkali schwand der Ausschlag. Jedoch schon 8 Wochen später war sie am ganzen Körper mit kleinen Knoten übersät. Später bildete sich ein grosser Knoten am rechten Nasenflügel. Ihre jetzige Affection besteht seit 3 Monaten.

54. Primäre multiple Geschwüre an beiden Brüsten, Roseola; recidives schuppendes Exanthem; Papeln an den Genitalien und zwischen den Zehen.

A. B., 21j. Dienstmagd, bemerkte seit ungefähr 1 Woche brennende Schmerzen zwischen den Zehen des r. Fusses. Es zeigten sich in den Spatien zwischen der 4. und 3., 3. und 2., 2. und 1. Zehe des rechten Fusses macerirte Papeln. Am Stamme zahlreiche, leicht schuppende Infiltrate; der Warzenhof beider Brüste dunkel pigmentirt, innerhalb desselben rechts zwei, links drei ungefähr, 2 Cm. grosse, sich pergamenthart anfühlende Narben. Die Drüsen allgemein, besonders in der Achselhöhle beiderseits geschwellt. P. hatte vor 1 Jahr ein kräftiges, gesundes Kind geboren, das 6 Monate darnach an einer fieberhaften Krankheit starb. Damals wurde in ihrer Heimat eine kräftige Amme mit reichlicher Milch für ein, wie man ihr sagte, krankes Kind nach Wien gesucht. Der behandelnde Arzt des Kindes untersuchte sie bei ihrem Eintritt und sie nahm in seiner Gegenwart (!) das Kind an die Brust. Sie selbst wunderte sich, wie elend das Kind sei, und ist ihr besonders die gelbliche Hautfarbe desselben und ein Ausschlag an der Stirne, an Händen und Füssen aufgefallen. Im Verlauf der zweiten Woche bildeten sich an beiden Brüsten einzelne Bläschen, die aufbrachen und sich dann zu grösseren Geschwüren vereinigten. Nach 4 Monaten trat ein Exanthem am Körper auf, ebenso die Affection zwischen den Zehen.

55. Primäraffect an der rechten Brustwarze, papulo-maculöses Syphilid. Zerfall eines Gumma am weichen Gaumen.

M. F., 36j. verheiratete Taglöhnerin.

Der weiche Gaumen zum Theile abgängig. Die Ränder des Defectes stark gewulstet, uneben mit necrotischen Gewebstrümmern bedeckt.

An der rechten Brust eine Narbe von 4 Cm. Durchmesser, die von der Mamilla beginnend sich bis nahe zum Rand des Warzenhofes erstreckt. In der rechten Achselhöhle eine taubeneigrosse indolente Drüse.

6*



Die Aetiologie der Infection war wieder dieselbe. P. hatte ihr Kind abgestillt und ein fremdes Kind an die Brust genommen. Dieses Kind zeigte in den Schenkelfalten und am After linsengrosse, nässende Stellen.

56. Initialaffect der linken Brustwarze, maculo-papulöses Hautsyphilid.

A. M., 29j. verheiratete Taglöhnerin. Eingetreten am 22. Juli 1880.

Die linke Brustwarze und der Warzenhof erschien von mehreren linsen- bis bohnengrossen Knoten durchsetzt. Die ganze Partie war bedeutend resistent. Von dieser Brustwarze aus konnte man unter der Haut gegen die linke Achselhöhle ziehende derbe federkieldicke Stränge verfolgen, die linksseitigen Achselhöhlendrüsen waren bis hühnereigross geschwellt, sclerosirt. Die rechte Brustwarze bot ähnliche Verhältnisse, jedoch mit geringerer Infiltration und flacheren Knoten. Die r. axillaren, collaren und mentalen Drüsen sclerosirt, tastbar. An den Genitalien bestanden zahlreiche nässende Infiltrate. Am Körper ein maculo-papulöses Syphilid.

Die Kranke, die fünf gesunde Kinder geboren hatte, nahm eine Woche vor dem Tod ihres jüngsten, 22 Wochen alten Kindes einen Findling aus der hiesigen Anstalt in ihre Pflege. Weder die Mutter noch das Kind boten, wie uns von dort aus mit getheilt wurde, irgend welche Zeichen von Lues. — Bald nach der Uebernahme bemerkte die Amme am Körper des Kindes ein gelb abschilferndes Exanthem, daneben einzelne erbsengrosse Efflorescenzen mit eitrigem Inhalte. Später wurde seine Stimme heiser, es wurde immer schwächer, so dass sie sich bewogen fühlte, es nach 2 Monaten zu restituiren. Es war sehr herabgekommen, hatte beiderseits ulceröse Keratitis und starb schon am 2. Tage. Aeussere Zeichen von Lues wurden am Kinde nicht constatirt, die Lustration unterblieb.

Vierzehn Tage nach der Abgabe des Kindes bemerkte die Frau, dass ihre linke, später auch die rechte Brustwarze zu jucken begannen und an denselben nässende Geschwüre entstanden.

57. Initialsclerose der rechten Brustwarze mit consecutivem Fleckensyphilid.

A. C., 44j. verheiratetes Schneidersweib. Eingetreten am 17. Mai 1881.

An der rechten Mamma fand sich oberhalb der Brustwarze ein mehr als haselnussgrosses, an der Oberfläche exulcerirtes Infiltrat mit speckig belegtem Grunde und derben infiltrirten Rändern. Nach unten und aussen von der linken Mammilla sassen kleinere, dieselben Charaktere tragenden Infiltrate. Die Drüsen in der rechten Achselhöhle waren bedeutend angeschwollen und hart. Ad Genitale nässende Papeln. Am Stamme ein maculöses Exanthem.

Die P. hatte vor 3 Monaten ein 6 Wochen altes Kind in Pflege genommen und dasselbe genährt. Der Säugling war schwächlich, blutete häufig aus der Nase und dem Zahnfleisch, hatte gesprungene Lippen und litt an Kurzathmigkeit. Nach 14 Tagen traten bei ihm nässende Papeln in der Anal-Genitalgegend auf. Drei Wochen vor ihrem Spitalseintritte bemerkte sie oberhalb ihrer rechten Brustwarze ein kleines Knötchen,

welches bald exulcerirte und verhärtete. Eine Woche später entstanden ähnliche Knötchen an der l. Mammilla, die denselben Verlauf nahmen. Von dem Exanthem und der Genitalaffection ist ihr nichts bekannt. Ihr eigenes Kind war zur Zeit der Uebernahme des fremden 4 Monate alt. Seit dem Auftreten der Affection an der rechten Brust legte sie dasselbe stets an die linke an, das fremde an die rechte. An ihrem Kinde will sie bisher keinerlei Erscheinungen beobachtet haben.

58. Syphilis ulcerosa serpiginosa. Sclerosis initiales sanatae mammae utriusque.

M. P., 36j. verheiratete Taglöhnerin. Eingetreten am 22. November 1881.

In der Mitte der Ulnarfläche des l. Vorderarmes befand sich ein beinahe kreisrundes, 6 Cm. im Durchmesser haltendes Geschwür, das im Centrum bereits vernarbt war, während die Ränder zu beiden Seiten aufgeworfen, der Grund zerklüftet erschien. Ausserdem fanden sich Narben in der Mitte der Beugefläche des Vorderarmes und unter beiden Brustwarzen, besonders unter der linken Mammilla. Eine linksseitige Axillardrüse etwa wallnussgross tastbar.

Die Krankheit der Patientin begann vor circa 2 Jahren mit Ulcerationen der Brustwarzen, als sie ein zur Pflege übernommenes Findelkind säugte. Später trat zeitweilig Halsschmerz auf, vor einem Jahre bildete sich das Geschwür auf dem linken Arme. Sie ist Mutter von fünf Kindern, welche, wie ihr Mann, stets gesund waren.

59. Ulcus scleroticum mammae dextrae. Syphilis cutanea papulosa.

A. S., 25jähr. verheiratete Schuhmachersfrau. Eingetreten am 27. Mai 1882.

An den Genitalien fand man zahlreiche Papeln. Ueber Stamm und Extremitäten ein papulöses Exanthem. Sämmtliche Lymphdrüsen waren geschwellt, die in der rechten Achselhöhle wallnussgross. Die Infection war in diesem Falle von der rechten Mammilla ausgegangen. Die P. hat im December 1881 geboren; da ihr Kind an „Fraisen“ starb, nahm sie ein Findelkind in Pflege, welches sie durch 2 Monate nährte. Dasselbe war bei der Uebernahme sehr schwächlich und soll viele Geschwüre am Rücken gehabt haben. Da sich sein Befinden nicht besserte, gab sie es der Anstalt zurück, wo man ihr angeblich mittheilte, dass das Kind früher einen Ausschlag durchgemacht habe. Einen Monat später bemerkte sie an den Brustwarzen das Auftreten kleiner Geschwüre, die sich später verhärteten, drei Wochen nachher trat ein Ausschlag am ganzen Körper auf.

60. Initialsclerosen beider Brustwarzen; allgemeine Drüsenschwellung; papulöses Hautsyphilid.

F. M., 25j. ledige Dienstmagd. Eingetreten am 6. Juli 1884.

An der r. Brustwarze, entsprechend der äusseren Hälfte des Warzenhofes, befand sich ein 2 Cm. langes, 1 Cm. breites, auf sclerosirter Basis aufsitzendes, exulcerirtes, mit schwammigen Granulationen bedecktes Infiltrat; nach aussen unten von demselben zwei ähnliche bohnengrosse,



In der oberen Hälfte des l. Warzenhofes sass ein denselben Charakter tragendes Geschwür. Die beiderseitigen axillaren Drüsen waren vergrössert, hart, die linksseitigen über wallnussgross. Von der rechten Mamma liess sich ein rabenkieldicker, sclerosirter Strang bis in die Achselhöhle verfolgen. An den Genitalien zahlreiche nässende Papeln, über dem ganzen Körper ein kleinpapulöses Syphilid.

Die P. hatte vor 5 Monaten geboren; weder an der Mutter noch an dem Kinde wurde während ihres Aufenthaltes in der Findelanstalt irgend welche Erkrankung constatirt. Nach ihrem Austritte aus der Anstalt nahm sie eine Stelle als Amme bei einem 2 Tage alten Kinde an, dessen Mutter bei der Geburt gestorben war. Dieselbe soll, wie P. später in Erfahrung brachte, einige todte Kinder geboren haben. Als der Säugling eine Woche alt war, will sie an demselben ein Exanthem bemerkt haben, zugleich soll er schlecht gesaugt und öfters aus dem Munde geblutet haben. Es starb im Alter von 5 Wochen. Acht Tage zuvor hatte die Amme das Haus verlassen. Einige Tage später bemerkte sie die Bildung harter Knötchen an beiden Brustwarzen, ca. 3 Wochen wurde sie mit essigsaurer Thonerde behandelt, bis sie endlich unserer Ambulanz zugewiesen wurde.

61. Sclerosis initialis mammae dextrae. Lues condylom. cutanea maculo-papulo-pustulosa. Scleradenitis cervicalis, inguinalis, axillaris, praecipue dextra.

J. Sch., 37j. verheiratete Taglöhnerin. Eingetreten am 6. April 1886.

An beiden Mammae um die mamilla herum, besonders in der unteren Circumferenz finden sich mehrere bis über kreuzergrosse, stark elevirte nässende Infiltrate, von denen sich eines, etwa 2 Cm. langes, 1 Cm. breites im rechten unteren Quadranten der rechten Mamilla durch besondere Resistenz auszeichnet. Am Stamme ein reichliches maculo-papulöses Syphilid. Ad Genitale nässende Papeln, die oben angeführten Drüsen geschwellt hart, die rechten axillaren bis wallnussgross, sehr derb.

Die P., die 7 gesunde Kinder geboren hatte, nahm am 15. October 1885 ein fremdes Kind in Pflege, das 3 Wochen alt war. Nach zwei Monaten bemerkte P. an dem in Pflege übernommenen Kinde ad nates Bläscheneruptionen und nach einigen Tagen ein über den ganzen Körper ausgebreitetes Exanthem. P. nährte das fremde Kind zuerst an der r. Brust, während sie ihr eigenes an der linken hatte. Erst als ihr Kind an Diphtheritis starb, nährte sie das Pflegekind abwechselnd an beiden Brüsten. Sechs Wochen vor ihrem Spitalseintritt bemerkte P. das Auftreten von Bläschen an der rechten Brust, die sich allmälig zu Ulcera heranbildeten; 4 Wochen nach dieser Affection trat das Exanthem auf.

62. Ulcus scleroticum mamillae sinistrae. Lues condylom. cutan. macul. papulosa. Scleradenitis universalis praecipue axillar. sinist.

M. R., 30j. verheiratete Taglöhnerin. Eingetreten am 10. Februar 1887.

Die linke Brustwarze und der Warzenhof erscheinen von mehreren bis bohnengrossen Knoten durchsetzt. Die ganze Partie war bedeutend

resistent. Von dieser Brustwarze aus konnte man unter der Haut gegen die l. Achselhöhle ziehende federkieldicke Stränge verfolgen. An den Genitalien zahlreiche nässende Papeln, am Stamme ein maculo-papulöses Syphilid; sämmtliche Drüsen waren vergrössert, hart, namentlich aber die linksseitigen Achselhöhlendrüsen. Dieselben waren bis hühnereigross geschwellt, hart.

Die P. nahm eine Woche vor dem an „Fraisen" erfolgten Tod ihres 2 Monate alten Kindes ein fremdes Kind in ihre Pflege. Einige Tage nach der Uebernahme desselben bemerkte die Amme einen Ausschlag an ihrem Pflegekind. Später wurde seine Stimme heiser, und nach 2 Monaten starb das Kind. Vier Wochen vor ihrem Spitalseintritt bemerkte die P., dass an ihrer l. Brustwarze nässende Geschwüre entstanden. Vor 1 Woche traten die Erscheinungen am Genitale auf und das Exanthem am Körper. P. hatte 4 gesunde Kinder geboren und war nie krank.

63. Sclerosis initialis ad mammam sinistr. Lues condylom. cutan. macul. Scleradenitis axillar. bilat.

Z. B., 32j. verheiratete Fleischersgattin. Eingetreten am 3. Aug. 1892.

An der l. Mamma fand sich oberhalb der Brustwarze ein mehr als haselnussgrosses, exulcerirtes Infiltrat mit derben infiltrirten Rändern. Die Drüsen in den Achselhöhlen beiderseits bedeutend angeschwollen und hart. Am Stamme ein maculöses Exanthem. Die P., die 2 Jahre verheiratet ist und ihr Kind selbst stillt, nie abortirt hat, deren Mann vollkommen gesund war, bemerkt seit etwa 1½ Monaten einen Ausschlag am Körper ihres Kindes, seit 4 Wochen Geschwüre an den Lippen und ad genitale. Ihre Affection bemerkt sie seit 3 Wochen. Es wurde, da die Infectionsquelle nicht klar war, das Kindermädchen unserer P. citirt und da stellte es sich heraus, dass dasselbe vor etwa ½ Jahre mit Erscheinungen einer floriden Lues im Spital lag.

64. Ulcus scleroticum mammae dextrae. Lues cutan papulosa. Scleradenitis universalis praecipue axillaris dextra.

M. M., 35j. verheiratete Taglöhnerin. Eingetreten am 4. Aug. 1892.

An der rechten Mamilla findet sich ein ungefähr linsengrosses, speckig belegtes Ulcus, dessen Grund sich sehr derb anfühlt. Die regionären Drüsen wallnussgross, hart. Am Körper ein maculöses Exanthem.

Die P. hatte vor 3 Monaten ein 6 Wochen altes Kind in Pflege genommen und dasselbe genährt. Der Säugling war schwächlich, blutete häufig aus der Nase, hatte gesprungene Lippen. Nach 14 Tagen traten Geschwüre ad genitale und ad anum auf. Seit 3 Wochen bemerkte P. die Affection an ihrer rechten Brustwarze. Ihr eigenes Kind war einige Tage vor Uebernahme des Pflegekindes an „Fraisen" gestorben.

65. Sclerosis initialis mamillae sinistrae. Lues condylom. cutanea macul-papulos. Scleradenit. universalis praecipue axillar.

K. S., 28j. verheiratete Taglöhnerin. Eingetreten am 15. März 1894.

An der linken Mamilla findet sich ein pilzförmiger, haselnussgrosser Tumor, der in seinem Centrum die Färbung und Zusammensetzung der Mamilla erkennen lässt, in der Peripherie aber aus derben, oberflächlich zerfallenem, speckig belegtem Gewebe zusammengesetzt ist. Von diesem Infiltrat lässt sich zur linken Achselhöhle ein federkieldicker, derber Lymphstrang verfolgen. Die entsprechenden Drüsen bis hühnereigross, sclerosirt. Am Körper ein ausgedehntes maculo-papulöses Exanthem. Hier wurde die Aetiologie der Infection nicht klar; die P. hatte nie geboren, ist seit 4 Jahren verheiratet; ihr Mann soll angeblich gesund sein.

66. Sclerosis initialis mammae dextrae. Lues condylom. cutanea maculosa. Scleradenitis universalis praecipue axillaris dextra.

J. Z., 29j. ledige Magd. Eingetreten am 12. December 1895.

Man sieht rechts von der Mamilla ein circa kreuzergrosses, braunrothes, knorpelhartes Infiltrat, das an der Oberfläche zart überhäutet ist. Am Stamme ein maculöses Syphilid. Ad genitale, sowie an den Gaumenbögen exulcerirte Papeln. Sämmtliche Lymphdrüsen vergrössert, hart, die der rechten Achselhöhle wallnussgross vergrössert und sehr derb.

Unsere P. gebar am 17. Aug. 1895 in der Gebäranstalt und wurde am 1. September in die Findelanstalt transferirt. Daselbst wurde ihr nebst ihrem eigenen Kinde noch ein zweites Kind zugetheilt. Dieses Kind starb angeblich mit einem Ausschlag (!) behaftet bald nach der Entlassung der P. aus der Anstalt, die am 10. September erfolgte. Anfangs October bemerkte nun P. die Affection an der rechten Brustwarze, seit 3 Wochen die Affection ad genitale.

Initialaffect an der Brust eines Mannes. 1 Fall.

67. Initialsclerose unterhalb der Clavicula. Suppuration der rechten Achseldrüsen; maculöses Exanthem.

J. Sch., 21j. lediger Agent. Eingetreten am 15. Februar 1879.

An der rechten Brusthälfte 4 Cm. unter dem Schlüsselbein findet sich ein Geschwür von $2\frac{1}{2}$ Cm. Länge und 1 Cm. Breite mit steilen Rändern, stark infiltrirtem Grunde. Die Drüsen in der Achselhöhle rechts stark geschwellt. Am Stamme ein ausgebreitetes maculöses Exanthem.

Als Entstehungsursache gibt der P. eine Kratzwunde an, die ihm sein ältester Bruder mit dem Fingernagel beigebracht habe. Dieser Bruder war zu wiederholtenmalen mit allgemeiner Syphilis an der Klinik in Behandlung gestanden.

III. Primäraffecte an den Fingern.

5 Fälle.

68. Sclerosis initialis digit. secund. dextr. Lues condyl. cutan. maculo-papulosa. Scleradenitis universalis praecipue cubital. dextr.



J. H., 46j. verheiratete Hebamme, wurde am 28. Juli 1886 aufgenommen.

An der Volarseite des rechten Zeigefingers sieht man auf der Haut zwischen dem 1. und 2. Gliede eine unregelmässig begrenzte, erhabene, narbige, etwa kreuzergrosse Stelle von glänzender, blassvioletter Farbe und harter schwieliger Consistenz. Die freie Beweglichkeit des Zeigefingers im ersten interphalangealen Gelenk ziemlich gehemmt. Am Stamme ein maculopapulöses Exanthem, ad genitale zahlreiche Papeln. Sämmtliche Drüsen vergrössert, hart, die rechte Cubitalis fast wallnussgross, sclerosirt.

Unsere P., Mutter zweier gesunder Kinder, erzählt, dass sie vor circa 3 Monaten zur Entbindung eines unverheirateten Mädchens gerufen wurde. Ob diese einen Ausschlag gehabt, weiss P. nicht anzugeben. Drei Wochen nach dieser Entbindung bemerkte P. an der betreffenden Stelle ein kleines Geschwür, das allmälig grösser wurde. P. behandelte sich allein mit verschiedenen Salben. Anfangs nahm das Geschwür an Grösse zu, später jedoch verheilte es, aber sehr langsam. Vor circa 3 Wochen bemerkte P. den Ausschlag am Körper und ad genitale; seit dieser Zeit, seit Bestand des Auschlags, übt P. ihr Geschäft nicht mehr aus, wohl aber vorher mit dem nur locker verbundenen Zeigefinger.

69. Ulcus scleroticum ad digit. secund. man. sin. Ulcera sclerotic. ad genitale extern. Scleradenitis inguinalis et cubitalis sinistr.

K. K., 32j. Goldarbeitergehilfe. Eingetreten am 28. October 1889.

Ueber der Basis der Grundphalange des linken Zeigefingers befindet sich ein über kreuzergrosses Geschwür. Die Ränder desselben sind aufgeworfen, hart. Die Umgebung des Ulcus derb infiltrirt. An der Uebergangsstelle des äusseren in das innere Blatt des Präputiums findet sich entprechend den beiden Seitenlinien je ein elevirtes, circa linsengrosses Geschwür mit sehr stark infiltrirtem Grunde. Die inguinalen Drüsen beiderseits multipel geschwollen, sehr hart. Die cubitale Drüse links stark vergrössert, knorpelhart.

Fünf Wochen vor seinem Spitalseintritt bemerkte unser P. ad genitale Geschwüre, die er sich selbst mit Jodoform behandelte. Zur selben Zeit fügte sich der P. eine Stichwunde am linken Zeigefinger zu. Da die Stichwunde ihn schmerzte, legte sich der Kranke Talg auf, unter welcher Behandlung sich ein Geschwür bildete, das vollkommen schmerzlos war und nach der Peripherie sich ausdehnte. Der Wundrand war erhaben und hart.

70. Sclerosis initialis ad digit. med. sin. Lues condylomat. cutan. maculo-papulosa; Scleradenitis cubitalis axill. et cervical. bilat.

W. T., 36j. verheirateter Bademeister. Eingetreten am 11. April 1894.

An der Dorsalseite der ersten Phalange des l. Mittelfingers findet man eine Exulceration von der Grösse eines Zwanzigkreuzerstückes. Die Ränder sind aufgeworfen und derb infiltrirt. Am Körper



zerstreut und ad genitale theils exulcerirte, theils oberflächlich schuppende Infiltrate. Ausserdem findet sich am Stamme ein reichliches maculöses Syphilid. Die Körperlymphdrüsen sind tastbar, besonders vergrössert und hart sind die cubitalen, axillaren und cervicalen Drüsen.

P., der nie eine Genitalaffection durchgemacht hatte, ist 13 Jahre verheiratet und Vater von 6 gesunden Kindern. Die Affection am l. Mittelfinger besteht 8 Wochen u. zw. trat zuerst an der Dorsalseite des l. Mittelfingers eine kleine Blase auf, die sich P. mit einer Bürste abrieb, worauf eine nässende Fläche sich entwickelte. Die Affection vergrösserte sich immer mehr. Seit 14 Tagen konnte P. nicht mehr seiner Beschäftigung nachgehen, da in der ganzen l. Extremität starke Schmerzen bestanden.

71. Sclerosis initialis pollic. sin. Lues condyl. cutan. macul.-papulosa. Scleradenitis universalis.

J. R., 24j. Elektrotechniker. Eingetreten am 10. December 1895.

Am lateralen Rande des Daumens findet sich in der Gegend des ersten Phalangealgelenkes ein etwa kreuzergrosser Substanzverlust mit stark infiltrirten Rändern und derbem Grunde. Der Nagel grau verfärbt vom Nagelfalz etwas gelockert. Am Stamme ein maculo-papulöses Syphilid. Die Drüsen allenthalben vergrössert, hart, namentlich die linke Cubitalis.

P., der nie inficirt war, zog sich in Ausübung seines Berufes an der betreffenden Stelle eine Verletzung zu. Dieselbe heilte nicht, sondern es bildete sich ein Ulcus, das immer grösser wurde. Die Aetiologie der Infection wurde in diesem Falle nicht eruirt.

72. Cicatrix ad digit. med. sin. post sclerosim initial. Lues condylom. cutanea papulos. Iritis luetica dextr. Scleradenitis universalis praecipue cubitalis et axillaris sinistr.

M. H., 62j. verheiratete Hebamme. Eingetreten am 13. Februar 1895.

An der zweiten Phalanx des l. Mittelfingers sieht man an der Dorsalseite eine etwa kronengrosse, glänzende, blassviolette, strahlige Narbe, die sich von dem darunter liegenden Knochen verschieben lässt. Am Stamme ein ausgebreitetes maculo-papulöses. Syphilid; ad genitale zahlreiche exulcerirte Papeln. Am rechten Auge die Erscheinungen einer acuten Iritis. Sämmtliche Lymphdrüsen vergrössert, hart, die Cubitalis links und die l. Axillaren fast wallnussgross sclerosirt.

Unsere P., die früher stets gesund war, bemerkte im August vorigen Jahres an der betreffenden Stelle ein Knötchen, das exulcerirte, zugleich schwoll der ganze Finger an und im Laufe von 8 Tagen erstreckte sich die Anschwellung über die ganze l. Extremität, u. zw. war es ein längs der Beugeseite des Armes verlaufender rother Strang, längs dessen sich die Anschwellung localisirte. Dieser rothe Strang liess sich bis zur Achselhöhle verfolgen, wo das Drüsenpaket bedeutend angeschwollen war. Nach 2 Monaten bemerkte sie das Auftreten des Hautausschlages.

P. ist 38 Jahre verheiratet, hat 10mal geboren, alle Kinder leben und sind gesund. P. fungirt 33 Jahre als Hebamme. Anfang Juli d. J. war



sie bei einer Wöchnerin, deren Kind 8 Tage nach der Geburt starb; von den früheren wurden 2 todt geboren und 3 andere starben kurz nach der Geburt an einer der P. unbekannten Krankheit.

IV. Initialsclerosen an den Tonsillen.

3 Fälle.

73. Sclerosis initialis tonsillae sinistr. Lues condylom. cutanea macul-papul. Scleradenitis universalis praecipue sub-et retromaxillar.

J. P., 25j. Kaufmann. Eingetreten am 5. Jänner 1889.

Man findet bei dem P. die l. Tonsille in ein rundes, tiefes, kraterförmiges Geschwür mit scharfen, zackigen Rändern umgewandelt. Die Basis des Ulcus speckig belegt, der Geschwürsgrund sowie die Ränder fühlen sich derb an. Am Stamme ein macul. papul. Exanthem. Die Lymphdrüsen u. zw. namentlich die submaxill. mächtig geschwollen hart die übrigen gleichfalls derb, vergrössert.

Die Infectionsquelle blieb hier unbekannt.

74. Ulcus scleroticum ad tonsill. sinistr. Lues condylom. cutan. macul. Scleradenitis sub-et retromaxill., cervicalis et axillaris.

B. K., 24j. Lackirersfrau. Eingetreten am 18. September 1892.

Die P. zeigt an ihrer l. Tonsille ein vierkreuzerstückgrosses kraterförmiges Geschwür, dessen scharfe Ränder sich knorpelhart anfühlen. Auch der Grund erscheint derb infiltrirt. Am Stamme ein reichliches Fleckensyphilid. Die oben angeführten Drüsen mächtig geschwollen, hart.

P. gibt an, dass sie seit 3 Wochen Halsschmerzen verspürte, weshalb ihr ein consultirter Arzt ein Gurgelwasser verschrieb. Da aber das Leiden nicht besser wurde, und seit einigen Tagen ein Ausschlag am Körper auftrat, suchte sie Spitalshilfe auf. P. war nicht im Stande uns über die Aetiologie näheres mitzutheilen.

75. Sclerosis initialis tonsill. sinist. Lues condyl. cutan. macul. Scleradenitis sub-et retromaxill. nuchal. et cervical. sinistr.

B. J., 24j. Steinbrechersgattin. Eingetreten am 15. März 1895.

Man findet an der ziemlich vergrösserten l. Tonsille ein etwa kreuzergrosses, speckig belegtes Geschwür, dessen vorderer Rand sich sehr hart anfühlt. Am Körper ein maculöses Syphilid. Die Drüsen unter dem l. Processus mastoideus sind zu einem nussgrossen derben Tumor angeschwollen. Genitale rein.

P. verspürte seit circa 4 Wochen Halsschmerzen, die immer intensiver wurden; seit dieser Zeit besteht auch die Drüsenschwellung am Halse. Seit einigen Tagen besteht der Ausschlag am Körper. Hier war die Ursache der Infection vollkommen klar.

Die P. nahm ein 5 Monate altes Kind in Pflege, mit der Weisnng, das Kind nicht zu stillen. Die P. hatte das Kind mit der Flasche auf-



gezogen und dieselbe angeblich nie in den Mund genommen. Dagegen nährte sie das Kind zuweilen auch mit einem Löffel, den sie selbst immer beim Essen benützte, und verkostete die Speise, bevor sie dieselbe dem Kinde reichte in den Mund geführt, um sich zu überzeugen, ob die selbe nicht zu heiss ist. Das Pflegekind, das P. gleich mitbrachte, zeigte die Erscheinungen einer floriden Lues.

V. Initialaffecte am Abdomen.

3 Fälle.

76. Ulcus scleroticum abdominis. Scleradenitis inguinal. bilateralis.

A. T., 19j. lediger Flösser. Eingetreten am 1. März 1887.

An der Haut des Abdomens links von der Mittellinie, etwa 2 Cm. oberhalb der Grenze der Pubes findet sich ein ovales, circa $3\frac{1}{2}$ Cm. langes und 3 Cm. breites, speckig belegtes Geschwür, dessen Ränder aufgeworfen und hart sind, dessen Grund derb infiltrirt erscheint. Die Drüsen in beiden Leisten bis wallnussgross, sehr hart.

Vor 4 Wochen verletzte sich P. beim Coitus an der betreffenden Stelle durch einen Kratzaffect. Nach 14 Tagen bemerkte P. an dieser Stelle ein Knötchen, das allmälig grösser wurde und exulcerirte.

77. Sclerosis initialis abdominis. Lues condylom. cutan. macul. Scleradenitis universal.

A. M., 37j. verheirateter Kaufmann. Eingetreten am 13. Mai 1889.

In der linken Unterbauchgegend ungefähr 3 Cm. über der Mitte des ligament. Poupartii findet sich ein etwa zwanzigkreuzerstückgrosses Geschwür mit harten, aufgeworfenen Rändern und stark infiltrirtem Grunde. Ausserdem findet man Papeln an den Arcaden und an den Tonsillen; ferner ein reichliches maculöses Exanthem am Körper. Sämmtliche zugängliche Lymphdrüsen vergrössert, hart.

P., der 13 Jahre verheiratet ist, gibt aussereheliehen Coitus zu und erzählt, dass er bei einem solchen von dem Mädchen an der betreffenden Stelle verletzt wurde. Vier Wochen nachher entwickelte sich aus der Verletzung ein Geschwür, das allmälig an Grösse zunahm, seit 14 Tagen besteht das Exanthem.

78. Ulcus scleroticum abdominis Scleradenitis inguinalis.

Fr. C., 18j. Bräuer. Eingetreten am 4. August 1890.

In der rechten Unterbauchgegend, ungefähr 5 Cm. von der Mitte der Linea alba entfernt, sitzt ein circa wallnussgrosses, kraterförmiges Geschwür, mit harten, aufgeworfenen Rändern und derbem Grunde. Die inguinal. Lymphdrüsen, namentlich rechts, mächtig geschwollen, hart, indolent.

P. bemerkte etwa 3 Wochen nach dem letzten Coitus an der betreffenden Stelle ein Knötchen, das, sich aufkratzte und das später exulcerirte.



VI. Initialsclerosen am Kinn.

5 Fälle.

79. Sclerosis initialis ad mentum. Lues cutan. maculo-papulo-pustulosa. Scleradenitis univers.

H. K., 14 Wochen altes Kind der M. K.,[1]) hat am Kinn u. zw. links von der Medianlinie, 2 Cm. von dem Lippenroth nach abwärts, einen scharf begrenzten Substanzverlust, dessen Basis mit schwammigen Granulationen bedeckt ist. Der Grund des Geschwürs erscheint von einer eigenthümlichen Lederhärte, die Drüsen am ganzen Körper geschwellt; in der Regio submentalis eine etwa bohnengrosse geschwellt, hart. Am Stamme zahlreiche Papeln.

Unsere kleine P. wurde von ihrer eigenen Mutter inficirt; wahrscheinlich wurde hier das Virus auf eine durch den Speichel macerirte oder sonst zufällig des Epithels beraubte Stelle am Kinn inoculirt.

80. Sclerosis initial. menti. Adenitis submaxill. sinistr. sclerotica.

M. C., 16j. ledige Dienstmagd. Eingetreten am 6. Juni 1881.

Am Kinn etwas nach links von der Medianlinie befand sich eine 1 Cm. im Durchmesser haltende, kreisrunde, das Niveau der Haut etwas überragende, infiltrirte Narbe. Die entsprechenden Submaxillardrüsen waren wallnussgross.

Das Leiden der P. begann vor 3 Monaten mit einer kleinen juckenden Pustel am Kinn, welche aufbrach, sich vergrösserte und unter Narbenbildung heilte.

Die Mutter der P. lebte in Gemeinschaft mit einem luetisch inficirten Manne, abortirte zweimal; zum dritten Male gebar sie ein schwächliches aber wohl ausgetragenes Kind, welches schon bei der Geburt gesprungene Lippen hatte, ferner an Schnupfen und an Kurzathmigkeit litt. Dieses Kind starb im Alter von 6 Monaten und von demselben glaubt P., die es pflegte, inficirt worden zu sein.

81. Initialsclerose am Kinn; Lues condylom. cutan. papul. Scleradenitis universalis, praecipue submaxill. dextr.

J. H., 28j. lediger Tischlergeselle. Eingetreten am 22. Mai 1883.

Ziemlich in der Mitte des Kinnes befand sich ein kreisrundes Geschwür, dessen Umgebung stark infiltrirt war. Die rechtseitigen Submaxillardrüsen waren kleinapfelgross geschwellt, hart. Auf dem Stamme ein papulöses Syphilid. Die Aetiologie der Infection blieb unbekannt.

82. Sclerosis initialis ad mentum. Lues condyl. cutan. papulos. Scleradenitis submaxill., cervical., axill. et cubitalis bilateral.

Th. G., 28jähr. ledige Dienstmagd. Eingetr. am 30. Juni 1887.

Am Kinn, etwas nach rechts von der Medianlinie, befand sich ein über 3 Cm. langes und über 2 Cm. breites Geschwür, dessen Ränder

[1]) Siehe Fall 47.



stark infiltrirt erscheinen; die submaxill. und cervicalen Lymphdrüsen, letztere in doppelter Rosenkranzreihe geschwellt, bis nussgross, hart. An der Schleimhaut der Mundhöhle Papeln. Die Ursache der Infection konnte in diesem Falle nicht eruirt werden.

83. Sclerosis initial. menti. Lues condyl. cutan. macul. papul. Scleradenitis submaxill. cervical. inguinal. bilateral. sclerotica.

M. A., 25jähr. Mediciner. Eingetr. am 20. Jänner 1894.

Am Kinn u. zw. rechts von der Medianlinie, 2 Cm. vom Lippenroth nach abwärts, findet sich ein vierkreuzergrosser, tiefer, scharf begrenzter Substanzverlust, dessen Basis mit schwammigen Granulationen bedeckt ist. Am Stamme ein reichliches, maculo-papulöses Exanthem; ad genitale Papeln.

P. hat eine Acne indurata faciei mit Narbenbildung, gegen die er sich schon längere Zeit selbst behandelte. P. bemerkte an der betreffenden Stelle das Auftreten eines Knötchens, das ihm als Acneknötchen imponirte, kurze Zeit nachdem er von seinem Raseur an dieser Stelle geschnitten wurde. P. behandelte sich zuerst allein mit essigsaurer Thonerde; das Knötchen wurde jedoch immer grösser und exulcerirte allmälig. Als jedoch Pat. von einem Exanthem überrascht wurde, suchte er die Klinik auf.

VII. Initialaffecte an der Zungenspitze.

2 Fälle.

84. Sclerosis initialis apic. linguae. Lues condylom. cutan. macul. Scleradenitis submaxill. cervic. et axillaris.

N. R., 33j. Kaufmann. Eingetr. am 26. Februar 1893.

An der Zungenspitze sieht man ein circa kreuzergrosses Geschwür, dessen Grund sich sehr derb anfühlt. Am Stamme ein reichliches maculöses Exanthem. An den Arcaden exulcerirte Papeln. Die oben angeführten Drüsen geschwellt, sclerosirt.

Pat. acquirirte 3 Wochen nach dem letzten Coitus an der Zungenspitze ein Bläschen, das er mit einer Nadel aufstach; später wandelte sich das Bläschen in ein Geschwür um. Seit einigen Tagen bemerkt er den Ausschlag. Pat. gibt erst nach öfterem Inquiriren an, dass er Zunge und Lippen mit den Genitalien einer Prostituirten in Berührung gebracht habe.

85. Ulcus scleroticum apicis linguae. Lymphadenitis submaxillaris sclerotica.

J. Z., 22j. Dienstmädchen. Eingetr. am 18. Februar 1886.

An der Zungenspitze sitzt ein scharfrandiges, speckig belegtes Geschwür, dessen Grund stark infiltrirt erscheint. Die submaxillaren Drüsen beiderseits hart, geschwollen.

Seit 14 Tagen bemerkt Pat. eine Anschwellung am Halse unterhalb des Kiefers und einen Tag darauf ein Bläschen an der Zungenspitze. Das

Bläschen platzte und zerfiel zu einem Geschwür, das allmälig grösser wurde. Der Modus der Infection blieb unbekannt.

VIII. Primär-Sclerosen an der Wange.

2 Fälle.

86. Initialaffect der linken Wange. Lues condylom. cutan. maculos. Scleradenitis universalis.

J. Sch., 25j. lediger Fleischer. Eingetr. am 6. Dec. 1880.

In der Mitte der linken Wange befand sich ein haselnussgrosser, circumscripter, oberflächlich exulcerirter Knoten, von dem aus sich einige sclerosirte Lymphstränge zu einem über wallnussgross angeschwollenen submaxillaren Lymphdrüsenpackete verfolgen liessen. Auch die cubitalen und nuchalen Drüsen waren tastbar. Am Stamme ein reichliches Fleckensyphilid. Ad genitale Papeln.

Der Pat. acquirirte vor 7 Wochen ein Knötchen an seiner linken Wange, das er beim Rasiren verletzte, und welches sich seither stetig vergrösserte. Nach der Aetiologie befragt, gab er an, dass er eine Dirne zu besuchen pflegte, deren Gewohnheit es war, beim Coitus den Mann ins Gesicht zu beissen; jedesmal wäre der Eindruck der Zähne sichtbar gewesen. Ob die Haut dabei verletzt wurde ist ihm nicht erinnerlich.

87. Sclerosis initialis malae sinistrae. Lues condylom. Papulae mucos. ad arcum palatogloss. et -pharyngeum. Scleradenitis submaxill. et nuchal. sinistra.

K. W., 24j. Dienstmagd. Eingetr. am 15. März 1892.

In der Mitte der linken Wange fand sich ein kreuzergrosser, exulcerirter Knoten. Die Ränder des Ulcus unregelmässig, hart. Die nächste Umgebung hart infiltrirt. Die submaxill. Drüsen links vergrössert, hart.

Pat. bemerkte 4 Wochen vor dem Spitalseintritt an der l. Wange ein Knötchen „Wimmerl", das sie sich beim Waschen aufriss, worauf sich ein Geschwür bildete, das allmälig grösser wurde. Auf die Natur ihres Leidens aufmerksam gemacht, gibt P. an, von ihrem Liebhaber, der gesund sein soll, an der kritischen Stelle öfters geküsst worden zu sein.

IX. Primäraffecte am Augenwinkel und Conjunctiva tarsi.

2 Fälle.

88. Initialsclerose am inneren Augenwinkel. Schwellung der Körperlymphdrüsen besonders der cervicalen und submaxillaren, nachfolgend ein maculöses Syphilid.

L. R., 18j. lediger Tischler. Eingetr. am 20. October 1880.

Am Uebergange der Haut in die Conjunctiva palpebrarum fand man eine etwa $^1/_2$ Cm. gegen die Nase zu sich erstreckende wallartige Infiltration, über welcher die Haut intensiv geröthet ist und die sich hart anfühlte. Die Conjunctiva palpebrae zeigte bis zur Uebergangsfalte eine intensive Röthung und Schwellung, die sich auch auf die Bulbusconjunc-



tiva erstreckte. Die Drüsen der Cervical- und Submaxillargegend waren beiderseits tastbar. Auch die anderen zugänglichen Lymphdrüsen waren multipel erbsengross geschwellt.

Sechs Wochen vor dem Spitalseintritt bemerkte Pat. an der genannten Stelle ein Knötchen, das anfangs für ein Hordeolum angesehen wurde. Da es aber sich stetig vergrösserte und exulcerirte, wandte er sich an einen Arzt, der das Ulcus für ein Epitheliom erklärte und ihn an eine chirurgische Klinik wies. Von dort kam er zu uns.

P. gibt an, dass er mit einem Manne, der, wie ihm bekannt war, mit einem Ulcus specificum behaftet war, in einer Werkstätte arbeite und mit ihm ein und dasselbe Handtuch benützte.

89. Sclerosis initialis conjunctivae tarsi palpebrae infer. oculi sinistri. Lues condylom. cutan. macul. papul. Lymphadenit. universalis sclerotic.

A. J., 37j. verheirateter Taglöhner. Eingetr. am 6. Juli 1888.

Das Unterlid des linken Auges mässig geschwollen, die Lidspalte kleiner als am anderen Auge. Die Conjunctiva tarsi des unteren Lides zeigt eine circa $1/2$ Cm. lange, $1/2$ Cm. breite, ziemlich scharf begrenzte Geschwulst, die am inneren Augenwinkel neben der Caruncula beginnt, bis fast zur Mitte des Lides reicht und knapp neben der inneren Kante des Lides gelagert ist. Ueber die Anschwellung hinaus zeigt die Conjunctiva tarsi sowie die Uebergangsfalte geringe Reizerscheinungen, während die Conjunctiva bulbi stark geröthet und gelockert erscheint. Die Secretion im Conjunctivalsack gesteigert. Das obere Lid sowie die einzelnen Abschnitte des Bulbus zeigen normale Verhältnisse. Am Stamme ein reichliches maculo-papulöses Syphilid. Ad genitale exulcerirte Papeln, ebenso an der Schleimhaut des Mundes, sowie des Nasenseptums. Sämmtliche zugänglichen Lymphdrüsen, insbesondere aber die linke präauriculare, submaxillare, multipel geschwollen, sclerosirt.

Acht Wochen vor dem Spitalseintritt bemerkte P. eine Anschwellung am linken unteren Augenlide. Er wurde von dem consultirten Arzt auf die Augenklinik, von dort in unsere Ambulanz geschickt. Patient ist seit 1 Jahr verheiratet, Vater eines angeblich gesunden Kindes. Mit seiner Frau, die ebenfalls gesund sein soll, hatte P. regelmässig bis in die letzte Zeit den Coitus ausgeübt. P. behauptet nie inficirt gewesen zu sein, während seiner Verheiratung nie extra matrimonium mit einem Mädchen verkehrt oder ein Osculum auf die betreffende Stelle bekommen zu haben. Doch gibt er an, dass er sich täglich, bevor er von der Arbeit nach Hause gehe, Hände und Gesicht mit einem Handtuch wasche, das auch seine Collegen benützten. Ob einer von diesen krank wäre, weiss P. nicht anzugeben.

X. Initialsclerose am Nasenflügel.

1 Fall.

90. Sclerosis initialis alae dextrae nasi; Lues condylom. cutan. papulosa. Scleradenitis universalis praecipue praeauricular. et submaxill. dextra.



M. K., 44j. verwitwete Hebamme. Eingetreten am 29. Mai 1895.

Die Haut des rechten Nasenflügels vorgewölbt, leicht geröthet, gefältet und oberflächlich schuppend. In der Tiefe tastet man ein sehr derbes, ungefähr bohnengrosses Infiltrat. Die rechte praeauriculare und submaxillare Drüse bedeutend vergrössert, hart, indolent.

Am Stamme zahlreiche bis kreuzergrosse Papeln. An der Haut der Planta beiderseits mehrere braunrothe Infiltrate mit centraler Schuppung. Ad genitale gleichfalls nässende Papeln.

Die Kranke, die fünf gesunde Kinder geboren und nie abortirt hatte, bekam $1\frac{1}{2}$ Monate vor ihrer Aufnahme eine Anschwellung der rechten Gesichtshälfte woran sich eine Schwellung der rechten Halsseite anschloss. Nach Application einer Salbe, die ein Arzt verordnete, soll die Anschwellung im Gesichte nach 8 Wochen vollkommen, die des Halses bis auf die jetzige Vergrösserung der Drüsen geschwunden sein. Von der Affection am rechten Nasenflügel weiss P. nichts anzugeben, 14 Tage vor dem Spitalseintritt bekam P. das Exanthem. Infectionsmodus ist nicht zu eruiren.

XI. Initialaffecte am Schamberge.

2 Fälle.

91. Initialsclerose oberhalb des Schamberges, darauffolgend maculöses Syphilid. Scleradenitis universalis. Eczema post scabiem.

W. F., 55j. Schuhmacher. Eingetreten am 16. November 1880.

Es handelte sich um eine stark malträtirte Scabies, welche von hochgradigen ekzematösen Erscheinungen begleitet war. Daneben bestand etwa 3 Finger oberhalb der Peniswurzel 1 Cm. nach links von der Medianlinie in der Bauchhaut eine etwa kreuzergrosse, lividrothe, scharf begrenzte Einlagerung von Knorpelhärte, deren Oberfläche leicht schuppte. Sämmtliche zugänglichen Lymphdrüsen waren multipel geschwellt, hart. Am Stamme eine deutliche Roseola syphilitica.

Neben seiner Scabies, mit der er durch 4 Monate behaftet war, bemerkte P. 3 Wochen nach einem Coitus das Knötchen am Unterleib das ihn besonders juckte und von ihm aufgekratzt wurde.

92. Sclerosis initialis ad montem veneris. Lues cutanea maculo-papulosa. Lymphadenitis sclerotica inguinalis.

A. A., 21j. Kaufmann. Eingetreten am 9. Jänner 1888.

Circa 2 Finger oberhalb der Peniswurzel in der Medianlinie sieht man ein etwa vierkreuzergrosses, scharf begrenztes Ulcus, dessen Grund sich sehr derb anfühlte. Am Stamme ein maculo-papulöses Syphilid.

Die inguinalen Lymphdrüsen waren multipel geschwellt, hart.

P., der noch nie inficirt war, bemerkte 4 Wochen nach dem 1. Coitus am Mons veneris einen kleinen, leicht gerötheten Fleck, der in Kurzem zu nässen begann. Der Modus der Infection blieb in diesem Falle unbekannt.



XII. Primäraffect am Perineum.

1 Fall.

93. Sclerosis initialis ad perineum. Lymphadenitis sclerotica inquinalis bilateralis.

A. J., 26j. Dirne. Eingetreten am 6. Februar 1887.

Am Perineum rechts von der Mittellinie, etwa 2 Cm. vom Introitus vaginae entfernt, findet sich ein rundliches, 1 Cm. im Durchmesser messendes Geschwür mit speckigem Grunde, knorpelharten, unterminirten Rändern und stark infiltrirter Umgebung. Die Inguinaldrüsen beiderseits bohnengross, sclerosirt. Das Genitale rein.

P. bemerkte zwei Wochen vor ihrer Aufnahme ein Knötchen an derselben Stelle, wo das Geschwür sitzt. Bei Ausübung ihres Geschäftes wurde ihr das Knötchen aufgerissen. Es entwickelte sich ein Geschwür, das immer grösser wurde.

An der extragenitalen Infection betheiligten sich die Frauen mit einer verhältnissmässig grösseren Zahl als die Männer. Die Gesammtzahl der Fälle extragenitaler Syphilisinfection betrug vom Jahre 1880 bis 1895 auf unserer Klinik 93. Davon entfallen allein 65 auf den Zeitraum von 11 Jahren vom Jahre 1886 bis zum Jahre 1895 inclusive. In dem eben genannten Zeitraum wurden behandelt 1575 Patienten mit Syphilis, genital inficirt. Von diesen waren 1256 Männer und 319 Frauen.

In demselben Zeitraum befanden sich in Behandlung 65 Patienten, die auf extragenitalem Wege inficirt wurden — also 4·1%. Von diesen waren 32 männliche Individuen und 33 weibliche. Auf 1256 genital inficirte Männer kamen 32 extragenital inficirte, das ist 2·5%, während 33 extragenital inficirte Frauen auf 319 genital inficirte entfielen also 10·3%. Diese Zahlen entsprechen den Angaben anderer Autoren ziemlich genau.

Krefting [1]) fand von sämmtlichen Kranken 15·6% extragenital inficirt und zwar 4·3% bei Männern und 12·8% bei

[1]) Krefting. Extragenitale Syphilisinfection. Archiv f. Derm. u. Syph. 1894 p. 167.



Frauen. Aus Moskau (dem Mjassnitzky'schen Krankenhaus) liegen von Pospelow[1]) Berichte über 198 Fälle von extragenitalen Infectionen vor, die im Laufe von 10 Jahren beobachtet wurden und zwar gibt Pospelow an, dass jährlich 15—25 Personen aus der Arbeiterclasse auf unschuldige Weise inficirt werden.

Joseph[2]) fand 2·73% bei Männern und 27·94% bei Frauen. Die grösste französische Statistik datirt von Jullien.[3]) Dieser berichtet über 126 extragenital inficirte Fälle, u. z. 18% bei Frauen und 3·6% bei Männern.

Bulkley[4]) gibt an, dass von der extragenitalen Infection die Männer in 6%, die Frauen aber in 12% betroffen werden. Diesen hohen Procentsatz erklären sich einige Autoren dadurch, dass die Frauen als Mütter, Wärterinen, Ammen, der extragenitalen Ansteckung viel leichter ausgesetzt sind, als die Männer. Ich kann mich dieser Ansicht nicht vollkommen anschliessen. Von den von mir zusammengestellten 65 extragenital inficirten Fällen waren 32 männliche und 33 weibliche Individuen. Schon dies, dass die Anzahl der extragenital inficirten Frauen der Anzahl der Männer, wenigstens auf unserer Klinik, fast gleichkommt, spricht dafür, dass der Grund der hohen Procentzahl bei den Frauen wo anders gesucht werden muss. Sammelt man, wie ich es gethan habe, die Anzahl der genitalen Sclerosen bei den Frauen und Männern durch eine längere Reihe von Jahren, so findet man, dass die Anzahl der genitalen Initialsclerosen bei den Frauen eine viel kleinere ist, als bei den Männern. Dies erklärt sich daraus, dass die Frauen nicht wie die Männer, sofort wenn sie eine Genitalaffection acquirirt haben, ärztliche Hilfe aufsuchen, sondern zumeist erst, wenn sie von secundären Symptomen überrascht werden, also zu einer Zeit, wo der Initialaffect

[1]) Pospelow. Ueber extragenitale Syphilisinfection. Archiv für Derm. u. Syph. 1889 p. 59.

[2]) Joseph. Ueber extragenitale Syphilisinfection. Referat im Arch. f. Derm. u. Syph. p. 315.

[3]) Jullien. Maladies veneriennes. 1886 p. 528.

[4]) Bulkley. Syphilis in the Innocent. 1894. New-York.

gewöhnlich spurlos verschwunden ist. Sucht man nun das Verhältniss der extragenitalen Sclerosen zu den gleichzeitig vorgekommenen genitalen, so erhält man infolge dessen diese hohe Procentzahl bei den Frauen.

In dem genannten Zeitraum von 11 Jahren hat die Häufigkeit der extragenitalen Infectionen bedeutend variirt, wie dies aus folgender Tabelle ersichtlich ist.

	Genital angesteckt			Extragenital angesteckt				Summa	Extragenital procentweise
				Erwachsene		Kinder			
	Männer	Frauen	Summe	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.		
1885	75	20	95	1	1	—	—	2	2·4%
1886	85	28	113	2	3	—	—	5	4·4%
1887	95	35	130	2	5	—	—	7	5·3%
1888	117	28	145	5	2	—	—	7	4·8%
1889	137	45	182	6	3	—	—	9	4·9%
1890	120	24	144	3	—	—	—	3	2·1%
1891	98	17	115	—	1	1	—	2	1·7%
1892	145	30	175	1	4	—	1	6	3·4%
1893	102	21	123	3	1	—	—	4	3·2%
1894	135	32	167	4	1	1	2	8	4·7%
1895	147	39	186	3	9	—	—	12	6·4%
Total	1256	319	1575	30	30	2	3	65	4·1%

Wie man sieht, ist die absolut grösste Zahl von extragenital Inficirten im Jahre 1895 in Behandlung gestanden, nämlich 12 Fälle. Der Grund mag darin liegen, dass auf unserer Klinik die Anzahl der luetisch inficirten Kranken jährlich eine bedeutende Steigerung aufweist, und Hand in Hand mit der jährlichen Steigerung der genital Inficirten auch eine Zunahme der extragenital Inficirten einhergehen dürfte. Die Gesammtzahl der Fälle extragenitaler Syphilisinfection betrug im Laufe des obengenannten Zeitraumes 65, u. z. waren die Sclerosen nach dem Ort des Eindringens des syphilitischen Contagiums folgendermassen vertheilt:



1. An den Lippen: 39 Fälle, und zwar bei 21 Männern und 18 Frauen.

2. An der Zungenspitze: 2 Fälle, bei 1 Frau und 1 Mann.

3. An den Tonsillen: 3 Fälle, 1 Mann, 2 Frauen.

4. An der Bindehaut der Augenlider: 1 Fall bei 1 Mann.

5. An der Wange: 1 Fall bei einer Frau.

6. Am Nasenflügel: 1 Fall bei einer Frau.

7. Am Kinn: 2 Fälle, bei einer Frau und 1 Mann.

8. An der Mamma: bei 6 Frauen.

9. An den Fingern: bei 5 Fällen, und zwar bei 2 Frauen und 3 Männern.

10. Am Abdomen: 3 Fälle bei Männern.

11. Am Perineum: 1 Fall bei einer Frau und schliesslich

12. Am Mons veneris: Fall, bei einem Mann.

Schon bei flüchtiger Betrachtung dieser Zahlen fällt es in die Augen, dass die Infection per os die häufigste Form der extragenitalen Syphilisinfection bildet; ihr folgt die Infection durch Stillen an der Brust, dieser schliesst sich als nächst häufigste Form die Infection durch die Finger an, während an anderen Körpertheilen die Primäraffecte in relativ geringerer Zahl vertreten sind.

A. Primäraffecte an den Lippen, Zunge, Tonsillen.

Die Gesammtzahl der per os Inficirten betrug 44, darunter 23 Männer und 21 Frauen. In 39 Fällen sassen die Sclerosen an den Lippen, in 2 Fällen an der Zungenspitze und in 3 Fällen an der Tonsille.

a) Wie bei meinen Fällen die extragenitalen Lippengeschwüre, was die Häufigkeit ihres Vorkommens betrifft, die erste Stelle einnehmen, so finden wir dies auch bei anderen Autoren. Bulkley, der bis zum Jahre 1894 alle beschriebenen Fälle von extragenitaler Syphilisinfection sammelte und die imposante Zahl von 9058 Fällen aufweist, theilt mit, dass die Lippen in 1992 Fällen der Sitz der primären syphilitischen Papeln waren. Pospelow, der 198 Fälle von extragenitalen Sclerosen publicirt, fand in 49 Fällen primäre Lippengeschwüre, Krefting in 142 Fällen.



Was die Sclerosen der Lippen anbelangt, so boten sie zumeist die Zeichen einer Ulceration von harter Consistenz mit unterminirten Rändern, oder sie waren mit einer braunen Borke bedeckt, nach deren Entfernung ein typisches Geschwür zu Tage trat. In den meisten Fällen war den Lippenschankern eine Rhagade an der betreffenden Stelle, die nicht heilen wollte, vorausgegangen. Die Mehrzahl der primären Papeln der Mundlippen waren von einem derben Oedem der befallenen Lippe in toto oder der angrenzenden Lippentheile begleitet.

Von den 39 beobachteten Fällen waren 10 auf der Oberlippe, 24 an der Unterlippe, 3 an den Mundwinkeln localisirt und in einem Falle sass die Sclerose an der Oberlippe, die andere an der Unterlippe, und schliesslich waren in 1 Falle 2 Schanker an der Unterlippe, der eine am Lippenroth, der andere an der vorderen Fläche der Unterlippe. Das pathognomische Symptom der Sclerosen, „die Induration", war fast in allen Fällen vorhanden, und auch die Schwellung und Härte der Submaxillardrüsen, besonders auf der Seite, wo der Primäraffect seinen Sitz hatte, fehlte nie. In einigen Fällen bemerkten die Patienten zuerst die Drüsenschwellung und dann erst später das Geschwür. Wenn bereits eine universelle Scleradenitis da war, so imponirten trotzdem die submaxillaren Drüsen durch ihre Grösse und Resistenz.

Was die Aetiologie der Syphilisinfection per os betrifft, so hatten bei meinen Fällen den Hauptantheil die Küsse; ferner vermittelten die Infection mit grösster Wahrscheinlichkeit Trinkgläser Fall XXXVI und XLIII, Handbürste LXX, Cigarrenstümpfe Fall XXV, Zahnstocher Fall XII, Pfeifenspitze Fall XXXI und endlich ein Biss in die Unterlippe Fall XLII. Dieser letzte Fall verdient in Bezug auf die Ursache der Infection einiges Interesse, da extragenitale Sclerosen, hervorgerufen durch Biss, zu den Seltenheiten gehören. Analog unserem Falle 36 berichtet Sturgis[1]) von einem Manne, der durch Biss in die Wange eine Initialsclerose acquirirte; Baum erwähnt einen gleichen Fall,[2]) Zeissl[3]) eine

[1]) Referat in der Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph. 1874 p. 586.

[2]) Vide Fall 86.

[3]) Ibidem 1878 p. 485.



auf dieselbe Weise entstandene Infection an der Dorsalfläche des linken Daumens. In diesen Fällen handelte es sich immer nur um eine Sclerose, während bei unserem Fall sich aus jeder der Bisswunden, die etwa $1^1/_2$ Cm. von einander entfernt waren, je ein Schanker sich entwickelte. Meine Befunde der Infectionsformen per os schliessen sich an zahlreiche in der Literatur verzeichnete Beobachtungen an, die aufzuzählen viel zu weit führen würde. Um nur Einiges hervorzuheben, seien erwähnt ausser den Küssen die verschiedensten und mannigfachsten Handwerksutensilien, die die damit Beschäftigten während der Arbeit in den Mund nehmen: Ansatzstücke zu Musikinstrumenten, Geldstücke, Löffel, Saugdüten von Kinderflaschen, Trinkgläser etc. etc.

Interessante Beobachtungen, wie die mannigfachsten Gegenstände die Ansteckung per os vermitteln können, erwähnt Pospelow in seiner Abhandlung über extragenitale Syphilisinfection und Bulkley in seinem Buche: „Syphilis in the Innocent.“ Die Infection per os wird im grössten Masse durch den regen gesellschaftlichen Verkehr und durch Ansteckung im häuslichen Kreise veranlasst, siehe Fall X, XIII, XXX, XLVIII, LI.

b) Was die primären Sclerosen der Zunge anbelangt, so wurden auf unserer Klinik 2 Fälle beobachtet. Der eine Fall LXXXIV betraf einen Mann, der seine Lippen und Zunge mit dem Genitale seiner Geliebten, in Verbindung brachte, bei dem 2. Fall war der Infectionsmodus unklar. In beiden Fällen boten die Geschwüre typische Symptome und waren stets von einer auffallenden Schwellung und Resistenz der submaxillaren Drüsen begleitet.

c) Was endlich die dritte Infectionsform per os, die Racheninfection betrifft, so wurden auf der Klinik 3 Fälle von Tonsillarschanker behandelt. In allen 3 Fällen hat die Sclerose auf der linken Tonsille gesessen. Pospelow fand die rechte Tonsille, Krefting die linke als die am häufigsten afficirte, was wohl von Zufälligkeiten des Infectionsmodus abhängig sein dürfte. Die Diagnose bei unseren Fällen bot keine besondere Schwierigkeiten. Es waren kraterförmige Geschwüre mit knorpelharten Rändern und infiltrirtem Grunde. Die typische



Schwellung der retro- und submaxillaren Drüsen auf der Seite der Affection war immer vorhanden. Alle 3 Fälle kamen wegen Beschwerden beim Schlucken und wegen Halsschmerzen in unsere Ambulanz. Ich glaube, dass die Anzahl der Racheninfectionen in unserer Stadt eine grössere sein dürfte, als die oben genannte, da ein grosser Theil sich vermuthlich der Aufmerksamkeit entzieht und diese Leute wegen ihrer Halsbeschwerden und Schmerzen beim Schlucken viel eher einen anderen Arzt consultiren als den Syphilidologen. Lenz,[1]) der fünf Fälle von extragenitaler Syphilisinfection publicirt, erwähnt einen Fall von Tonsillarschanker bei einer Gastwirthsfrau, so dass bisher nur 4 Fälle im Ganzen an den Prager Kliniken beobachtet wurden.

Der Infectionsmodus konnte nur in einem Falle eruirt werden und zwar bei dem Fall LXXV durch Pflegen eines syphilitischen Kindes; die Pflegemutter benützte denselben Löffel, mit dem sie dem Kinde die Speise reichte, und verkostete immer vorher die Speise, die sie dem Kind verabreichte.

B. Primäraffecte im Gesichte.

An dieser Stelle kamen 4 Fälle vor und zwar ein Fall (89) an der Bindehaut des rechten unteren Augenlides, 2 Fälle am Kinn (82, 83) und 1 Fall an der Wange (87). Was den Fall 89 am Augenlid anbelangt, so scheint die Infection durch ein Handtuch vermittelt worden zu sein. Man kann annehmen, dass auf diesem Wege ein vielleicht zu Borken eingetrocknetes und durch die Feuchtigkeit wieder erweichtes Secret, das nach Boeck[2]) seine Inoculabilität durch lange Zeit bewahrt, übertragen wurde. In dem Falle V. Initialaffect am Kinn, dürfte wahrscheinlich die Infection durch Verletzung mit einem Rasirmesser erfolgt sein.

---

[1]) Lenz. Fünf Fälle extragenitaler Syphilis. Wiener klin. Rundschau. 1896.

[2]) Boeck. Ueber syphilitische Infectionsweisen und die Inoculabilität des syphilitischen Virus. Arch. f. Derm. u. Syph. 1879 p. 168.

C. Primärsclerosen an der Mamma.

Die Anzahl der beobachteten Infectionen an der Mamma war 6 und zwar in 3 Fällen auf der rechten, in den anderen 3 Fällen auf der linken Seite. Die Diagnose der syphilitischen Primäraffection bot keine besondere Schwierigkeiten, da sowohl Induration als auch charakteristische Drüsengeschwulst stets deutlich ausgesprochen vorhanden war. In zwei Fällen beobachtete man einen federkieldicken Lymphstrang vom Primäraffect bis zu den betreffenden Axillardrüsen. In 5 Fällen war der Infectionsmodus nachweisbar; es handelte sich um Mütter, die ein fremdes Kind, das später Zeichen von Lues zeigte, in Pflege genommen.

Es ist auch leicht erklärlich, wie durch derart erkrankte Kinder eine Infection herbeigeführt werden kann. Durch den Saugact der Kinder kommt es sehr oft und sehr leicht zu Maceration und oberflächlichen Verletzungen der Mammilae die die Eingangspforte für das syphilitische Virus bilden.

Es scheint, dass es sich in den auf unserer Klinik beobachteten Fällen um noch nicht eclatant gewordene, oder leicht zu übersehende luetische Erkrankungen der Säuglinge gehandelt hat. Unverzeihlich ist es aber, wenn ein Arzt — Fall 54 — eine solche Infection verschuldet hat.

Professor **Pick** unterlässt es nie, in seinen Vorlesungen darauf aufmerksam zu machen, dass es absolut unstatthaft sei, ein syphilitisch krankes Kind einer gesunden Amme an die Brust zu legen. Kann eine Mutter ihr syphilitisches Kind nicht selbst stillen und findet sich nicht eine schon kranke Amme, so soll das Kind künstlich genährt werden; nie sei man aber berechtigt, um eines noch sehr problematischen Lebens willen die Gesundheit einer Person zu gefährden.

Eine weitere sehr häufige Ursache der Brustdrüseninfection ist der im Volke übliche Gebrauch, der sogar als ein Beweis von Artigkeit angesehen wird, dass die Frauen, wenn sie einander besuchen, dem fremden Kinde die Brust reichen. Und macht man die Frauen auf die Gefahr der Ansteckung aufmerksam, so hört man oft, wie letztere mit vollster Ueberzeu-

gung erwidern, „man könne von einem unschuldigen Kinde nicht angesteckt werden."

D. **Primäraffecte an den übrigen Körpertheilen.**

Am Abdomen wurde der syphilitische Primäraffect in 3 Fällen bei Männern beobachtet, am Perineum in einem Fall bei einer Frau und am Mons veneris bei einem Mann. In allen diesen Fällen ist aus der Aetiologie das Moment des Kratzens hervorzuheben. Die Geschwüre boten stets charakteristische Symptome und waren stets mit Schwellung und auffallender Resistenz der regionären Lymphdrüsen verbunden.

An den Fingern ist der Primäraffect in 5 Fällen beobachtet worden. In zwei Fällen LXVIII, LXXII handelte es sich um Hebammen. Bei dem ersten Fall LXVIII war die Schwangere angeblich gesund, bei dem zweiten Fall LXXII handelte es sich um eine notorisch syphilitische Person. Der Schanker an den Fingern ist das den Aerzten und Hebammen eigene extragenitale Geschwür, eine Form der Lues, die Bukley „Syphilis technica" benannt hat. Bukley sah in seiner Praxis 15 Fingersclerosen, darunter bei 10 Aerzten.

Die Diagnose der an den verschiedensten Stellen vorkommenden Initialerscheinungen der Syphilis kann mitunter sehr schwierig werden. Es können mannigfache andere Processe, die an den genannten Stellen aufzutreten pflegen, zur Verwechslung Anlass geben. An den Lippen kann das Epitheliom in Frage kommen, an den Brustdrüsen neben dem Epitheliom eine Form des chronischen Ekzems, das mit starker Infiltration einhergeht. Der Tonsillarschanker kann sehr leicht mit einer Angina oder Diphtheritis verwechselt werden. Dass ein solcher Mensch, der umhergeht, ohne etwas von seinem Leiden zu wissen, ein gefährlicher Factor in der Verbreitung der Lues wird, ist selbstverständlich. Namentlich beim Tonsillarschanker ist dies am ehesten der Fall, weil die Schluckbeschwerden von den Patienten selbst als ein gewöhnliches Halsübel angesehen werden. Diese Kranken suchen sehr spät den Arzt auf, sie trösten sich so lange damit, dass das Halsübel wieder bald vorübergehen werde, bis sie von secundären Erscheinungen überrascht werden. An den Fingern wird

die Affection in der Regel verkannt, als ein Panaritium oder bei Aerzten als eine septische Infection angesehen.

Es kann vorkommen, dass an Ort und Stelle, wo das syphilitische Virus eingedrungen ist, die Veränderungen nichts Charakteristisches darbieten, nur unter dem Bilde einer einfachen Erosion oder Excoriation, einer oberflächlichen, scheinbar insonten Ulceration ablaufen. In solchen Fällen kann der Primäraffect sehr leicht übersehen werden; namentlich wird das dann der Fall sein, wenn die Haut des Körpers durch anderweitige Entzündungsprocesse verändert ist, wie dies zum Beispiel der Fall ist bei Scabies, Prurirgo, Acne. Ich erlaube mir auf den Fall LXXXIII zu verweisen, wo der Primäraffect durch eine längere Zeit von einem consultirten Arzt für einen Acneknoten angesehen wurde, nachdem sich am Gesichte eine ausgebreitete Acne befand. In dieser Hinsicht ist ein Fall von „Familiensyphilis“ bemerkenswerth, den ich in Kürze beifügen will.

R. W. kommt mit ihren 23 Monate und 3 Jahre alten Kindern auf unsere Klinik wegen Halsschmerzen und eines Ausschlages am Körper. Man findet an den beiden Kindern sowie an der Mutter Erscheinungen einer floriden Lues. Die Infection erfolgte von einem bei dieser Familie in Diensten stehenden syphilitisch inficirten Dienstmädchen. In keinem dieser Fälle war man im Stande trotz der genauesten Untersuchung den Primäraffect oder Spuren desselben zu finden.

Was den Verlauf der auf extragenitalem Wege erworbenen Syphilis anbelangt, ist es uns vielfach aufgefallen, dass die extragenitalen Primäraffecte eine längere Zeit zur vollständigen Heilung bedürfen als die genitalen, so dass bereits anderweitige, secundäre Symptome bei noch manifester Sclerose beobachtet werden. Dies lässt es erklärlich erscheinen, dass man häufig von einem schweren gallopirenden, malignen Verlaufe nach extragenitaler Infection berichtet. Plumert theilt 2 Fälle von inficirten Ammen mit, bei denen kurze Zeit nach erfolgter Infection gummöse Bildungen aufgetreten sind. Baum erwähnt einen ähnlichen Fall. Auch bei meinem Fall XIV durchläuft der Process bei dieser Patientin, beginnend vom primären Geschwür an der Oberlippe, mit rapider Geschwindigkeit sämmtliche Phasen der Syphilis.

Im Allgemeinen kann man jedoch auch aus unseren Fällen entnehmen, dass wie bei der genital erworbenen Lues, auch bei der extragenitalen aus zumeist individuellen Ursachen einzelne Fälle einen schweren Verlauf nehmen.

In dem oben Mitgetheilten möge es mir gelungen sein, einen weiteren Beitrag zur Kenntniss der extragenitalen Syphilisinfection geliefert zu haben. Bei der besonderen Wichtigkeit der Erkrankung muss es Pflicht eines jeden Arztes sein, sich mit den Symptomen der extragenitalen Syphilisinfection genau vertraut zu machen, um im gegebenen Falle die richtige Diagnose stellen zu können. Der Arzt muss sich immer der grossen Verantwortung bewusst sein, die er bei Behandlung solcher Fälle trägt, ebenso der Gefahr, die ein solches Individuum für die Familie und die Gesellschaft bedeutet.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Pick, meinem hochverehrten Chef, für die Ueberlassung und Förderung dieser Arbeit, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Januar 1897.

Vorsitzender Kaposi. Schriftführer: Spiegler.

Freund demonstrirt ein bereits vorgestelltes Kind aus der Abtheilung des Docenten Schiff mit Naevus pigmentosus pilosus. Hals, Rücken, Seitentheile des Thorase und die obersten Theile der Oberarme des kleinen Mädchens waren bei der ersten Demonstration, wie vorgelegte Photographien zeigen, mit einem dichten Haarkleide bedeckt, das ohne scharfe Grenze in die Kopfbehaarung überging.

Durch eine Zeitungsnotiz veranlasst, nach welcher amerikanische Forscher bei Belichtung der Haut mit Röntgenstrahlen eine Dermatitis mit folgendem Ausfall der Haare beobachtet haben sollen, ging F. daran, auch bei seiner Patientin mit den Röntgenstrahlen einen Versuch zu machen.

Ueber den physikalisch-technischen Theil seiner Beobachtungen will F. in der Gesellschaft der Aerzte berichten, klinisch war Folgendes zu beobachten.

Es wurde zunächst der Nacken des Kindes täglich zwei Stunden mit Kathodenstrahlen belichtet, das Kind blieb dabei ganz munter und zeigte anfangs auch sonst nichts Auffälliges. Am 11. Tage begannen in der belichteten Gegend die Haare spontan auszufallen und durch leichten Zug liessen sich Büschel von 5—10 Haaren herausziehen. Trotzdem von diesem Tage an die Belichtung ausgesetzt wurde, dauerte der Ausfall der Haare in gleicher Intensität fort und führte bis zum 18. December zu einer totalen Alopecie des untersten Theiles des Hinterkopfes. Schon früher wurde eine diffuse Röthung constatirt, innerhalb welcher am 5. Januar mehrere excoriirte Stellen, die stark nässten, auftraten. Unter einer Behandlung mit Ichthyolsalbe heilten dieselben jedoch rasch, wobei auch die letzten übrig gebliebenen Haare schwanden. Die ausgefallenen Haare wurden von Herrn Prosector Zehmann untersucht, welcher an ihnen statt der verdickten Haarzwiebel eine atrophische, zugespitzte Haarwurzel fand, nur wenig Haare endigten stumpf. Der Rücken und das



Hinterhaupt sind an den belichteten Stellen kahl, stellenweise geröthet als Ueberrest der überstandenen Dermatitis, ein grosser Theil hat jedoch überhaupt nie Symptome einer Dermatitis gezeigt.

Um nachzuweisen, dass die Kathodenstrahlen das wirksame Agens waren, belichtete man 12 Tage lang mit Anodenstrahlen, jedoch ohne Erfolg. Nun wurde vor die die Kathodenstrahlen aussendende Röhre ein Schirm aus Aluminium gebracht, welcher die Strahlen durchliess, jedoch die hochgespannten elektrischen Stromwellen durch einen Draht in die Wasserleitung ableitete. An der auf diese Weise belichteten Stelle am untersten Theile des Naevus begannen nach achttägiger Belichtung die Haare erst spärlich, dann büschelweise auszufallen und acht Tage später entwickelte sich wieder ein leichtes Erythem, das jetzt noch vorhanden ist. Das lichte Haarkleid dieser Gegend ist bedeutend gelichtet, in der Mitte ganz kahl, nach 10—14tägiger Belichtung dürfte die ganze Stelle kahl sein.

Durch die Versuche sind folgende drei Momente zutage getreten:

1. Der oben erwähnte Effect wurde durch die Kathodenstrahlen erzeugt.

2. Die langen, dünnen Kopthaare wurden leichter zum Ausfall gebracht als die stärkeren kurzen des Naevus.

3. Die Kathodenstrahlen entfalten erst nach ein- bis zweiwöchentlicher Belichtung ihre Wirkung, die jedoch auch nach Sistirung derselben durch vierzehn Tage fortdauert, also eine cumulative ist.

Ob der Ausfall der Haare auf die Dermatitis zurückzuführen ist ähnlich der Alopecia symptomatica nach Erysipel oder Ekzem, wie sie von Kaposi beschrieben wurde, will F. nicht entscheiden, er weist jedoch darauf hin, dass ein grosser Theil der jetzt kahlen Stellen nie eine Entzündung gezeigt hat. Ebensowenig lässt sich jetzt entscheiden, ob die Haare nachwachsen werden oder nicht. Das Kind ist seit 6 Wochen in Beobachtung, in welcher Zeit die Haare nicht nachwuchsen. Ueber weitere Versuche wird wieder berichtet werden.

Schiff fügt hinzu, dass mit Mühe eruirt wurde, dass jene Zeitungsnotiz aus Amerika stamme und jeder wissenschaftlicher Basis entbehre. Indessen berichtete Markuse aus Berlin über ähnliche Beobachtungen, weshalb sich Sch. an Regierungsrath Eder wandte, der zwar nie ähnliche Beobachtungen gemacht hat, jedoch Freund bei seinen Versuchen aufs Bereitwilligste unterstützte.

Ehrmann fragt, wie das zu verstehen sei, dass die Haarwurzeln atrophisch waren. Es sind vielleicht die Bulbi der Haare nicht mitgegangen oder sind eingetrocknet, wenn nicht gleich untersucht wurde. Vielleicht handelte es sich um Beet- oder Papillenhaare.

Freund entgegnet, dass die Haare von Prosector Zehmann untersucht wurden, der sich bisher nicht genauer über den Befund ausgesprochen hat.



v. Hebra hat in der letzten Zeit ein Kind mit reichlicher Behaarung an den Ohren gesehen. Es war das fünfte von den Kindern einer Frau, von denen vier die gleiche Anomalie aufwiesen.

v. Hebra wendet sich ferner gegen den in der letzten Nummer des Archivs für Dermatologie und Syphilis erschienenen Artikel von Zarubin über die Wirkung des Jodothyrins bei Psoriasis, nach welchem das Medicament nichts nützen und sehr gefährlich sein soll. H. hat in vier damit behandelten Fällen (die gleiche Zahl wie bei Zarubin) das Gegentheil gesehen, ein sehr schönes Resultat und in keinem Falle unangenehme Symptome.

Fall 1. Seit 10. November in Behandlung, täglich 0·20 steigend bis 1·80 Gramm Jodothyrin, Gesammtdosis 76·80. Der Patient hat um 4·020 Kg. zugenommen, im Urin fand sich weder Eiweiss noch Zucker. Die früher 1 Cm. dicken Epidermisauflagerungen an beiden Händen, Ellenbogen, Knien sind jetzt bis auf minimale Reste geschwunden, nur einzelne erbsengrosse Knötchen deuten die Grenzen der früher bestandenen Psoriasis an.

Fall 2. Seit 21. November 0·20 Jodothyrin steigend bis 1·80, im Ganzen 66·20. Von der ausgebreiteten Psoriasis mit mächtigen Auflagerungen ist jetzt wenig mehr vorhanden.

Fall 3. Erst seit 22. December in Behandlung bis 1·20 pro die, im Ganzen 21·00. Bei der letzten Untersuchung fanden sich Spuren von Jod im Urin, während in allen übrigen Fällen nie Jod nachzuweisen war. Die Besserung ist bis jetzt gering, doch ist die Psoriasis nicht mehr so confluirend, mehr zerrissen.

Fall 4. Betrifft ein Mädchen, das seit dem 18. November 55,00 erhalten hat, eine Gewichtszunahme von $\frac{1}{2}$ Kg. aufweist. Es bestand sehr starke Psoriasis, die sich nur wenig gebessert hat. Die Patienten haben nur alle 2 Wochen ein leichtes Bad bekommen, wurden dabei nie gerieben. Jedenfalls ist das Resultat günstig, ohne Schädigung des Allgemeinbefindens.

Neumann demonstrirt im Anschluss daran drei mit Jodothyrin (Baumann) behandelte Fälle von Psoriasis vulgaris:

1. Einen 33jährigen, seit 15. November in Behandlung stehenden Mann. Derselbe erhielt bisher 297 Pulver à 0·5 Gramm. Es wurde erst ein Pulver gegeben, dann jeden dritten Tag um ein Pulver gestiegen, bis zu zwölf Pulvern. Es bestand über Stamm und Extremitäten ausgebreitete Psoriasis nummularis, an den Unterschenkeln auch grössere Plaques. Jetzt sind die meisten Efflorescenzen noch sichtbar, aber stark abgeblasst, die Infiltration derselben geschwunden, die Schuppenbildung verringert. Der Effect ist etwa derselbe wie bei interner Darreichung von Arsen oder Jodkalium, steht jedoch dem durch subcutane Arsenikinjection erzielten nach. Dazu kommt, dass in sämmtlichen so behandelten Fällen Nebenerscheinungen wie Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, leichte Temperatursteigerung, Schwindel, starkes Durstgefühl und Diurese auftraten.





2. Bei dem 19jährigen zweiten Patienten trat nach Gebrauch von 27 Pulvern ein namentlich die Streckfläche der Vorderarme bis zum Handgelenke, Unterschenkel, Nacken und Gesicht befallendes Erythema Iris auf. Es ist allerdings nicht sichergestellt, ob dasselbe durch das Jodothyrin bedingt war, es trat nach Aussetzen und neuerlicher Darreichung des Mittels das Erythem nicht wieder auf. Es haben sich aber nach Abblassen des Erythems an Stelle desselben in acuter Weise schuppende Psoriasisefflorescenzen entwickelt. Gegenwärtig wird der Kranke mit Theer behandelt.

3. Ein 40jähriger Pat., schlecht genährt, Potator, der seit einem Jahre an Psoriasis leidet, hat 422 Pulver erhalten, ohne dass Heilung erfolgt wäre. Die Efflorescenzen sind blässer, weniger infiltrirt, jedoch die Schuppenmenge noch beträchtlich. — Das Mittel wird jedenfalls bei Psoriasis stets versucht werden müssen.

Ehrmann hat unter den von ihm mit Jodothyrin behandelten sechs Fällen auch einen mit Erythema multiforme beobachtet. Es betraf einen Fall, den E. schon vor zwei Jahren mit Jodkalium behandelte, worauf schon nach wenigen Grammen ein ausgedehntes toxisches Erythem auftrat. In grossen Massen hob sich die Epidermis ab, die Fusssohlen und die Flachhand verloren ihre Epidermis ganz. Vor 14 Tagen gab E. dem Pat. Jodothyrin zu halben Grammen, stieg jedoch mit Rücksicht auf die bei dem Pat. gemachte Erfahrung nicht mit der Dosis. Dennoch trat am 5. Tage ein ausgedehntes Erythem auf, so dass jetzt keine Stelle der Haut von Epidermis bedeckt ist, wie bei schwerem Pemphigus foliaceus. Mit Rücksicht auf die gleiche Beobachtung bei Darreichung des Jodkaliums und des Jodothyrins möchte E. die Wirkung des letzteren doch als Jodwirkung ansehen, obschon Jod im Harn der Patienten nicht gefunden werden konnte. Bei rascher Epidermisabstossung bei diffuser Psoriasis wird man vorsichtig sein müssen.

Grosz macht darauf aufmerksam, dass das Präparat Zarubins nicht mit dem an unseren Kliniken verwendeten identisch sei. Es ist das Thyreojodinum siccatiun (Merk), das sich als ein sehr unverlässliches Mittel erwiesen hat, da es in einzelnen Fällen schwere Nebenerscheinungen hervorrief, während ein Kind irrthümlicherweise 80 Stück nahm, ohne einen Schaden davon zu erleiden. Das von uns verwendete Jodothyrin dagegen ist ein chemisches Präparat, das genau dosirt werden kann. Wenn sich die Beobachtungen mehren werden, wird sich auch zeigen, dass die Reaction auf das Mittel eine individuell sehr verschiedene ist, so dass die Wirkungsweise nie vorausgesagt werden kann. Auch G. möchte gleich Ehrmann die Wirkung des Jodothyrins wesentlich als Jodwirkung auffassen.

Ehrmann demonstrirt

1. ein traumatisches Geschwür der Zunge herrührend von einem schadhaften Zahne. Es unterscheidet sich von einem tuberculösen durch den Mangel der Schmerzhaftigkeit, der diffusen Röthung, der charakteristischen eingeschnittenen Ränder und der Knötchen an der Peri-

pherie. Der Belag enthält keine Tuberkelbacillen. Solche Geschwüre entstehen auch an der Oberlippe alter Leute, indem die gelockerten Zähne durch die Zunge an die Lippe gepresst werden. Hier können solche Geschwüre für Rhinosklerom gehalten werden.

Neumann hält das Geschwür seiner Derbheit wegen für carcinomatös.

2. einen Pat., der noch Reste eines vorausgegangenen Syphilides zeigt. Seit 10 Tagen bestehen Schmerzen im Sulcus bicipitalis internus ausstrahlend gegen den Vorderarm. Bei Druck zucken die Muskeln des Vorderarms, es wurde auch gesteigerte Schmerzempfindlichkeit nachgewiesen. Es handelt sich also um eine Neuritis des Nervus medianus in der acuten Periode der Lues. Solche Neuritiden sind gar nicht selten und gleichzustellen den Entzündungen des Periostes und der Sehnenscheiden.

Ullmann demonstrirt einen Fall von Syphilis hereditaria recidiva bei einem 22jährigen Manne. Er wurde vor 6 Wochen in die ambulatorische Behandlung der Poliklinik aufgenommen wegen einer Geschwulst an der Aussenseite des r. Talocruralgelenkes, die damals vielfach sinuös zerklüftet, von mächtigen Exsudatmassen bedeckt war und reichlich Eiter entleerte. Eine antiluetische Behandlung besserte den Zustand, der Process schritt nicht weiter. Die Affection war im Juli für einen kalten Abscess gehalten worden trotz energischer chirurgischer Behandlung (Excochleation) jedoch nicht besser geworden. Der Pat. zeigt ferner eine Affection der Kniegelenke, deren er sich gar nicht bewusst gewesen war. Die Gelenkskapsel ist allenthalben ausgedehnt, die Gelenkbänder sind jedoch nicht gelockert, Gehfähigkeit normal, Schmerzfähigkeit fehlt. An den Tibien finden sich beträchtliche Tophi, Femur, Wirbelsäule, Schädelknochen, Oberarmknochen sind normal, dagegen zeigen die Unterarmknochen Verdickungen, die auch in einer nach Röntgen aufgenommenen Photographie als spindelige Auftreibungen der Knochen zu erkennen sind. Sonst finden sich keine Zeichen von hereditärer Lues. Von seinem Vater hat Pat. erfahren, dass die Mutter nach seiner Geburt im Wochenbette an Syphilis gestorben sei, und dass Pat. selbst gleich anfangs Zeichen von Lues geboten habe, namentlich Eiterungsprocesse am Halse. Doch sind jetzt keine Spuren solcher luetischer Affectionen vorhanden, was bei hereditärer Lues ja oft vorkommt. Es handelt sich gewiss um eine Syphilis gummosa und zwar hereditaria recidiva, nicht hereditaria tarda.

Hochsinger bemerkt, dass er bei zwei Kindern, die er in den ersten Lebensmonaten mit frischen luetischen Exanthemen behandelte, im 7. beziehungsweise 8. Lebensjahre einen ganz analogen Befund (symmetrisch an beiden Kniegelenken Flüssigkeitserguss bei vollständiger Schmerzlosigkeit) beobachtet habe. Er hatte auch sonst Gelegenheit, die Schicksale von Kindern, die er in den ersten Monaten mit congenitaler Syphilis gesehen, weiter zu verfolgen, und fand, dass in manchen Fällen die Narben an Schleimhäuten, am Lippensaum, oder ein Zurückbleiben in der Entwicklung oder allgemeine Ernährungsstörung zu beobachten waren. Es blieben aber genug Fälle, die im späteren Alter ein tadelloses Aeussere



und normale Entwicklung aufwiesen, trotzdem in den ersten Lebensmonaten sichere hereditäre Lues constatirt worden war.

Schiff fragt, ob Ullmann überhaupt eine Syphilis hereditaria tarda gelten lasse, oder ob er, wie es den Anschein habe, annimmt, dass in allen Fällen, die als solche bezeichnet werden, die ersten Symptome der Lues übersehen wurden.

Ullmann ist der Ansicht, dass es praktisch überhaupt schwer zu entscheiden sei, ob früher Symptome von Lues vorhanden waren oder nicht, so namentlich auch, wenn die ersten Symptome der Lues keine besonderen subjectiven Beschwerden machen, wenn sie z. B. in einem leichten Schnupfen bestehen.

Lang freut sich, dass, wie es nach den Zwischenrufen den Anschein hat, alle Anwesenden sich in der Frage der Syphilis hereditaria tarda gleich skeptisch verhalten. Die Autoren, welche für eine solche eintreten, hätten zu beweisen, dass vorher nie luetische Erscheinungen bestanden haben, was ihnen, wie neuerdings die Erfahrungen Hochsinger's lehren, gewiss schwer fallen dürfte.

Neumann ist der Ansicht, dass das entscheidende Wort in der Angelegenheit den praktischen Aerzten zukommt, da nur diese Gelegenheit haben, die verschiedenen Phasen des Familienlebens mitzumachen und so den Verlauf der congenitalen Lues zu verfolgen. Zu erwähnen wäre noch die Möglichkeit, dass ein Kind intrauterin Syphilis innerer Organe, so Lebersyphilis, durchmacht und später tertiäre Symptome zeigt.

Grünfeld betont, dass die in der Literatur angeführten Fälle von Syphilis hereditaria tarda auf die Anamnese gestützt werden und diese gilt ja grade bei Syphilis niemals als ganz verlässlich.

Kaposi erwähnt, dass sich die Wiener Schule schon wiederholt gegen die Annahme einer Syphilis hereditaria tarda ausgesprochen hat. Bemerkenswerth wäre noch, dass auch Recidiven im Gefolge frühzeitig erworbener Lues acquisita von manchen als Syphilis hereditaria tarda bezeichnet werden können.

Kaposi demonstrirt eine 40jährige Frau, die seit 2 Jahren an Keloiden der Sternalgegend, wie es scheint einer Prädilectionsstelle des Keloides, leidet. Es finden sich daselbst zwei quere rothe Wülste von derber Beschaffenheit im Centrum weislich schimmernd und depremirt, von einer Länge von 2·5—4 Cm. Ueber den Mammen finden sich noch einige kleinere weizenkornähnliche Wülste. Sie sind schmerzhaft und erweichen unter Pflasterbehandlung.

Lang demonstrirt den schon einmal vorgestellten Pat. mit einer allgemeinen Dermatitis exfoliativa, die anfangs als Pemphigus foliaceus gedeutet worden war. Auch in der letzten Zeit hat sich der Zustand nicht geändert, nie hat sich irgendwo ein Bläschen gezeigt. Wenn die Salbenbehandlung ausgesetzt wurde, mehrten sich die Rhagaden.

Kaposi sieht den Fall zum ersten Male. Er hält es für Psoriasis universalis. Er hat im Laufe der Jahre mehrere solche Fälle gesehen und hat Besserung erzielt durch partienweise locale Behandlung mit

Compression, Pyrogallussäure etc. bei gleichzeitiger interner Darreichung von Arsenik, Jodkalium (wofür jetzt Jodothyrin zu geben wäre). Pemphigus möchte K. mit Rücksicht auf die Felderung ausschliessen.

Lang hat, trotzdem er keinen Anhaltspunkt für die Annahme einer Psoriasis gesehen, Jodothyrin versucht, jedoch keinen Erfolg gesehen.

Neumann hält eine Psoriasis mit so weicher elastischer Haut für unwahrscheinlich, er hat einen solchen Fall noch nicht gesehen. Sonst könnte ein Chininexanthem oder eine Pityriasis rubra so aussehen. Als der Fall das erste Mal vorgestellt wurde, hat N. daran erinnert, dass Fälle von ausgebreitetem Pemphigus foliaceus bei denen es nicht zu Blasenbildung kommt, ähnlich aussehen können. Damals war jedoch das Bild ein anderes, da die ganze Haut mit Salbe bedeckt war.

Lang hält den Fall für eine Affection besonderer Art, und zwar für eine schwere Erkrankung, da bei der permanenten Hyperämie und Exsudation in der Haut, es endlich zu einer dauernden Ueberschwemmung des Blutes mit Leukocyten kommen muss. Für Psoriasis hält er die Affection auch deshalb nicht, da diese speciell auf der Kopfhaut ein anderes Bild bieten müsste.

Kaposi könnte seine Diagnose nicht genauer begründen, die Differentialdiagnose sei in manchen Fällen mehr Gefühls- und Erfahrungssache. Ein gleiches Bild könne jede allgemeine Dermatitis erzeugen. Der Einwand, dass die Therapie nicht wirksam gewesen, sei nicht stichhältig. K. hat bei den von ihm beobachteten ähnlichen Fällen von Psoriasis auch die verschiedensten Mittel versucht, bis endlich eines Heilung herbeiführte. Es lässt sich nicht sagen, wie lange der Process dauern werde, aber K. hat selbst die schwersten Fälle heilen gesehen. Freilich kann dadurch wie durch jede allgemeine Dermatitis auch der Tod herbeigeführt werden, so durch Amyloidose innerer Organe.

Neumann demonstrirt:

1. eine 25jährige Patientin mit **Fibroma molluscum**. Es befinden sich an der Haut des Stammes zahlreiche theils aufsitzende, theils an der Basis abgeschnürte oder gestielte Geschwülste von verschiedener Grösse, stecknadelkopfgross und darüber, einzelne von der Farbe der normalen Haut, teigig weich, die meisten dunkelbraun, schlaff herabhängend, dazwischen allenthalben Pigmentflecke in Form grosser blassbrauner Naevi, oder kleiner ephelidenartig. Am l. Oberschenkel eine besonders grosse schwammartig vorspringende faustgrosse, teigig weiche Geschwulst. Pat., physisch und geistig ziemlich normal entwickelt, gibt an, dass ihr Vater mit derselben Affection behaftet sei.

2. einen schon einmal vorgestellten Fall mit **Myomata cutanea**.

3. Die bereits wiederholt vorgestellte Patientin mit ausgedehnter **ulceröser Syphilis der Nase und des Gesichtes**. Beim Eintritte ins Spital, anfangs October, bestand ein fast flachhand- grosses Geschwür an der rechten Schläfe und ein Knochen und Weichtheile der Nase fast ganz zerstörendes von der Stirne zur Oberlippe reichendes Geschwür mit derb infiltrirtem Rande. Nach 50 Dosen Decoct. Zittmann. fortius und



mitius und dreiwöchentlichem Jodkaliumgebrauche, Jodoformverband und energischer Lapisätzung sind beide Geschwüre bis auf etwa kreuzergrosse rein granulirende Stellen vernarbt. Der Rest des linksseitigen Nasenflügels wurde ausgeheilt, so dass an der Nasenwurzel noch ein halbkreuzergrosser, in die Nasenhöhle Einblick gestattender Defect besteht, der durch Plastik zu decken wäre. Endlich besteht noch eine gummöse Erkrankung im linken Kniegelenk.

4. einen 28jährigen Pat. mit tuberculösen Geschwüren an der Mundschleimhaut. An der Schleimhaut der Unterlippe in der Medianlinie ein längsovales, über kreuzergrosses Geschwür mit scharfem feinzackigem, leicht unterminirtem gerötheten Rande und drusig unebener, blassrother, theils graugelb belegter Basis. Neben demselben eine etwa ebenso grosse zarte weissliche Narbe nach einem spontan abgeheilten Geschwüre, ein weiteres linsengrosses Geschwürchen am Zahnfleisch des Unterkiefers. Das Zahnfleisch der ganzen rechtsseitigen Unterkieferhälfte narbig retrahirt, so dass allenthalben der Hals der Zähne frei liegt. Ein drittes, über kreuzergrosses Geschwür an der Zungenspitze, dasselbe kreisförmig flach von etwas derber Consistenz, mit festhaftendem Belage. Die Zungenspitze wird dadurch verkürzt, so dass sie nicht über die Zahnreihe hervorgestreckt werden kann. Die Geschwüre sind schmerzhaft, es besteht starke Salivation. Miliare Tuberkelknötchen am Rande der Geschwüre sind nicht zu sehen, Drüsen am Unterkieferwinkel beiderseits über wallnussgross, etwas druckempfindlich. Dauer der Affection angeblich 4—5 Monate.

Rille demonstrirt einen 55jährigen Pat. mit einem grossen gummösen Geschwüre am Mundboden und an der Zunge. Unterhalb der Zungenspitze vorne bis zum Alveolarfortsatz reichend, nach rückwärts die Zunge vom Mundboden etwa 2 Cm. weit abhebend und unterminiren ein über thalergrosses Geschwür mit drusig unebenem blassgrau belegtem, leicht blutendem Grunde. An der Zungenoberfläche findet sich ein etwa haselnussgross vorspringender eindrückbarer, etwas druckempfindlicher Knoten. Hochgradige Salivation. Die tieferen Rachengebilde normal, auch die Wangenschleimhaut glatt, am Zungenrande Zahnabdrücke. Die Drüsen am Halse nicht vergrössert. Anamnestisch weiss Pat. nichts anzugeben.

Kaposi demonstrirt einen Mann mit hartem Schanker an der Unterlippe. Ein maculo- papulöses Syphilid beginnt bereits abzublassen. Am Nacken reichliche Acnenarben und Keloide. Am Vorderarm eine 1 Cm. lange, $^1/_2$ Cm. breite vertiefte, secernirende Wunde, herrührend von einer Fontanelle, die dem Pat. wegen eines schmerzhaften Ohrenleidens vor 8 Monaten in Constantinopel angelegt worden war.

Popper stellt vor aus der Abtheilung Lang:

1. eine Kranke, die schon einmal mit gummösem Fungus der Strecksehnen des l. Unterschenkels vorgestellt wurde. Die Gegend des Sprunggelenkes war damals aufgetrieben, die Haut wies zahlreiche Geschwüre auf, innerhalb deren die Sehnen bloss zutage liegen. Heute hat



das Sprunggelenk seine normale Configuration, die Geschwüre sind sämmtlich überhäutet. Die Therapie bestand in Auskratzen der Geschwüre mit scharfem Löffel, welche hierauf der Granulation überlassen wurden. Der zurückgebliebene oberflächliche Defect wurde nach Thiersch gedeckt. Kosmetisch und functionell ist die Heilung befriedigend.

2. Einen Fall von ausgedehnten gummösen Ulcerationen. Der 35jährige Pat. zeigt die Streck- und Beugeseite der zwei unteren Drittel der r. Unterschenkel und die Kniegelenksgegend von zahlreichen, zumeist über thalergrossen Geschwüren eingenommen, zwischen denen die noch vorhandene Haut narbig verändert ist. Die Geschwüre zeigen alle luetischen Charaktere. Besonders gross ist ein flachhandgrosses Geschwür an der Hinterfläche des Oberschenkels, welches die Muskeln blosslegt. Pat. hat vor 15 Jahren ein Geschwür am Penis acquirirt, welches keine Allgemeinerscheinungen zur Folge hatte. Er wurde nicht allgemein behandelt, die Erkrankung am Oberschenkel besteht seit 4 Jahren und wurde nur local behandelt. Die Therapie wird in Excochleation der Geschwüre und eventuell plastischer Deckung nach Thiersch bestehen.

Sitzung vom 27. Januar 1897.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer: Spiegler.

Hochsinger demonstrirt zwei Fälle von hereditärer Lues bei Säuglingen, die besonders dadurch ausgezeichnet sind, dass die Diagnose auf Lues vor Ausbruch des Exanthems gestellt werden konnte.

Der erste Fall betrifft ein Kind, das gut genährt ist, mit 14 Tagen ein Gewicht von 4 Kg. hatte und durch nichts von der Norm abwich, als durch eine Coryza und eine Vergrösserung der Leber. Die Coryza der luetischen Kinder hat das Charakteristische, dass sie auf den Rachen nicht übergreift. Untersucht man bei einem Schnupfen z. B. in Folge von Grippe, so findet man stets eine starke Röthung und acute Schwellung der Pharynxschleimhaut. Bei Coryza der hereditär syphilitischen Kinder findet man höchstens eine leichte Röthung an der hinteren Rachenwand, Gaumenbögen und Zäpfchen sind vollständig frei. Ein solcher Befund berechtigt zu dem Verdachte, dass es sich um Lues handelt. H. hatte mit der antiluetischen Behandlung gewartet, um zu sehen, ob nicht doch ein Exanthem kommt; thatsächlich zeigte das Kind nach 5 Tagen ein charakteristisches, scheibenförmiges Exanthem an den Fusssohlen.

Das zweite Kind wurde im Alter von 11 Tagen zur Behandlung gebracht mit der Angabe, es sei normal zur Welt gekommen. Vom 7. Tage jedoch konnte das Kind den Arm schwer heben, welcher Zustand sich immer mehr verschlimmerte. Man fand am oberen Ende des Humerus eine spindelförmige Anschwellung, eine ähnliche Anschwellung am unteren Ende und den anstossenden Enden der Vorderarmknochen, gleichzeitig bestand eine Schwellung der Mittelhand beiderseits. Auch bei diesem Kinde bestand eine Coryza, die Rachengebilde waren ebenfalls frei. Ferner besteht eine Vergrösserung der Leber, dagegen kein



Milztumor. H. untersuchte die Verdickungen an den Extremitäten mit Röntgenstrahlen und erwartete auch hievon Aufklärung über die schlaffe Lähmung, die sich bei dem Kinde in Folge des Knochenprocesses einstellte, während sonst bei Gelenkserkrankungen durch Contraction der Muskeln das Gelenk fixirt wird. Die Photographie zeigte jedoch keinerlei Verdickung der Knochen, die Anschwellung betrifft also nicht die Knochen, sondern die Weichtheile, Muskeln, Perichondrium. Das bestätigt die Angaben von Kassowitz in seiner Arbeit „Syphilis und Rachitis", dass Pseudoparalysen zu Stande kommen durch Uebergreifen des syphilitischen Processes vom Periost auf die Sehnenscheiden und Perimysien. Wichtig ist ferner der Befund einer vergrösserten Leber bei beiden Kindern. H. hatte auf dem Naturforschercongresse in Lübeck über 148 Fälle hereditärer Lues berichtet, von denen 45 starke Leberschwellungen aufwiesen. Es wurde damals eingewendet, dass die Leberschwellung vielleicht auf Anaemia splenica beruhe, die sich oft bei hereditär luetischen Kindern findet. Dabei ist jedoch die Milz vergrössert, die Leber nur wenig. Findet sich jedoch bei einem Kinde die Leber sehr gross, die Milz klein, dann ist das auf Lues verdächtig, namentlich wenn auf antiluetische Behandlung die Leberschwellung zurückgeht. — Im ersten demonstrirten Falle bestand geringe Milzschwellung, im zweiten fehlt sie, die Leber reicht in beiden Fällen zur Nabellinie und bildet sich auch in der Röntgenphotographie deutlich als Schatten ab. Die Blutuntersuchung ergab im ersten Falle nichts Abnormales, im zweiten geringe Leukocytose, besonders reichlich Myelocyten, was mit dem Knochenprocesse in Zusammenhang stehen dürfte. Die beiden Fälle zeigen, dass ein Fortbestehen foetaler Erkrankungen nach der Geburt gar nichts Seltenes ist und dass die Diagnose der Syphilis vor Ausbruch des Exanthems möglich ist.

Neumann meint, dass die Diagnose gewöhnlich aus der Beschaffenheit des ganzen Organismus gestellt wird, Leberintumescenzen finden sich oft, aus der Leberschwellung allein wird die Diagnose jedoch nicht zu stellen sein. In den Muskeln kennt Neumann diffuse Entzündungsprocesse im acuten Stadium und gummöse in Spätstadien. Gerade bei Kindern, die ja meist an der Erkrankung sterben, liessen sich genauere anatomische Nachweise erbringen.

Hochsinger betont, dass das erste Kind in nichts von der Norm abweicht, sondern bloss eine Coryza und den Lebertumor aufweist.

Rille verweist auf den hohen diagnostischen Werth der Blutuntersuchung, die in solchen Fällen entscheidend sein kann. Namentlich haben die Untersuchungen von Loos sehr constante Verhältnisse ergeben, so ausser dem vom Vorredner citirten Befunde von Markzellen oder Myeloplaxen (Cornil, H. F. Müller) noch ganz marcante Veränderungen an den rothen Blutkörperchen, welche Hochsinger nicht erwähnt hat, insbesondere das Auftreten von kernhaltigen Erythrocyten in bisweilen kolossaler Menge. Auch R. konnte einmal in einem keine klinischen Erscheinungen darbietenden Falle der hiesigen Findelanstalt mit Hilfe der

haematologischen Untersuchung Syphilis diagnosticiren, wo dann später ein luetisches Exanthem auftrat.

Kaposi meint, dass es merkwürdig sei, dass die Affection der Muskeln und Sehnen keinerlei Reizungs- sondern bloss Lähmungserscheinungen erzeuge. Er erinnert sich an eine Reihe von Fällen allgemeiner Pseudoparalyse bei Kindern der Findelanstalt, bei denen zum Theil wegen bekannter Lues der Mutter der Ausbruch derselben bei dem Kinde erwartet wurde, zum Theil jedoch keine Verdachtsmomente für Lues vorlagen. Es trat bei vollständigem Wohlbefinden bei den gut genährten Kindern allgemeine Pseudoparalyse auf, dauerte einige Tage und schwand bei Ausbruch des Exanthems. Es waren keine Veränderungen an Knochen und Weichtheilen zu palpiren, man musste auch wegen des gleichzeitigen Befallenseins aller Muskeln an eine centrale Ursache denken, aber auch hiebei ist nicht klar, warum keine Reizungssymptome auftraten und warum die Paralyse mit Auftreten des Exanthems verschwand.

Hochsinger bemerkt gegenüber Rille, dass der von Loos als charakteristisch für hereditäre Lues angegebene Befund im Blute auch bei Anaemia splenica sich finde. Auch Heubner erklärt in seiner letzten Bearbeitung der hereditären Syphilis, dass die Blutuntersuchung nichts beweisen könne. Der erste der demonstrirten Fälle zeigte absolut keine Abnormität des Blutbefundes. — Fälle wie die von Professor Kaposi citirten hat H. nicht gesehen.

Lang ist der Ansicht, dass die Lähmungssymptome durch meningeale Reizung erzeugt werden, wie sie auch bei acquirirter Lues vorkommen. Es besteht ferner der anatomische Nachweis einer meningealen Haemorrhagie in einem Falle, der im Leben Lähmungserscheinungen darbot.

Lang erwähnt eine Abhandlung von Dr. Pollak in der deutschen medicinischen Wochenschrift über eine Reihe von Fällen von allgemeiner Lähmung, die mit dem Auftreten des Exanthems schwand.

Neumann erinnert an eine Arbeit von Diday in den Annalen für Syphilis und Dermatologie, in welcher Lähmungserscheinungen bei Kindern auf Myositis in Form von Infiltraten und Gummen zurückgeführt werden.

Rille glaubt nicht, dass die in Rede stehenden Blutbefunde erschüttert werden dürfen. Es handelt sich noch um eine Reihe detaillirterer Veränderungen, auf welche jetzt nicht genauer eingegangen werden kann, so um sehr beträchtliche Differenzen in der Grösse der rothen Blutkörperchen und gewisse höchst charakteristische tinctorielle Verschiedenheiten derselben. Dass die Anaemia infantum pseudoleukaemica ähnliche Verhältnisse aufweist, ist ihm genau bekannt, und hat dies schon Loos betont, doch sind da die morphologischen Veränderungen nicht so hochgradig und wissen wir vorläufig noch nicht, ob zwischen diesen beiden Processen nicht doch irgend welche Beziehungen bestehen.

Ehrmann demonstrirt einen Fall von Sklerodermie an der Haut der unteren Extremität von der Inguinalgegend längs der inneren Seite bis zum inneren Condylus der Tibia. Es hatte sich eine



Pseudocontractur entwickelt, deren Streckung im Gypsverband Gangrän erzeugt hatte. Daher stammen eine Reihe von Narben. Die Vertheilung entspricht nicht etwa einem Nervengebiete, eher dem der Vena saphena magna. Nach Wolters besteht die Sklerodermie in einem Process an den Gefässen. Neben erweiterten Lymphgefässen sind auch Blutgefässe vorhanden, die Muskeln schwinden und werden durch Bindegewebe ersetzt.

v. Hebra hat sehr gute Erfolge bei Sklerodermie durch systematische Massage erzielt. So wurde ein diffuses Sklerem, das von den Füssen bis zu Nabelhöhe reichte, in zwei Monaten gut.

Ehrmann hat ebenfalls gute Resultate bei Massage gesehen, im vorgestellten Falle muss gewartet werden, bis alle Wunden geheilt sind.

Neumann demonstrirt als Pendant einen schon einmal vorgestellten Pat. mit Sklerodemie, Massage ist nur im elevirten Stadium des Sklerems von Nutzen, wenn einmal die Knochen und Muskeln befallen sind, nützt sie nichts mehr. Dass es sich hiebei um eine Gefässerkrankung handelt, wurde von N. vor langer Zeit nachgewiesen.

Nobl demonstrirt aus der Abtheilung des Docenten Grünfeld einen Fall von Initialsklerose an der Unterlippe bei einem jungen Mädchen. Interessant ist der Befund von centraler Excavation an den Schneidezähnen, wie sie als typisch für hereditäre Lues beschrieben wurde und hier mit recenter Lues zusammentrifft.

v. Hebra demonstrirt einen Fall von Raseurinfection mit Syphilis in der Mitte des Kinns. H. erzählt ferner von einem andern Falle extragenitaler Infection. Es betraf eine Frau mit allgemeinem Exanthem und besonders grossen Papeln im Gesicht. Das Kind derselben hatte eine noch weiter vorgeschrittene Lues. Später konnte nachgewiesen werden, dass das Kind von einem Kindsmädchen inficirt worden war und die Mutter sich in der Weise inficirte, dass sie den Kopf des Kindes an ihre Wangen drückte. Das Kind hatte namentlich am Munde Exulcerationen und die Mutter litt an Acne des Gesichtes, was die Infection erleichterte.

Neumann demonstrirt:

1. einen 17jährigen Pat. mit Orchitis epidemica. Die linke Scrotalhälfte vergrössert, die Haut geröthet, oedematös geschwellt, der Hode dieser Seite vergrössert, gleichmässig derb und druckempfindlich, auch der Nebenhode vergrössert, namentlich am Caput, während der Caudaltheil nicht deutlich abgegrenzt werden kann. Die Affection besteht seit fünf Tagen, Fieber soll nicht bestanden haben, doch Unwohlsein und Appetitlosigkeit. Eine gleichzeitige Schwellung der Parotis besteht nicht. Der Harn ist klar, kein Ausfluss, keine Gonococcen im Urethralschleim. Kocher berichtet über zwei Parotitisepidemien, die letzte in einem Schweizer Infanteriebataillon. Innerhalb 23 Tagen traten 23 Fälle von Parotitis auf, Ecomplicirt mit Orchitis, 4 Fälle primärer Orchitis, ausschliesslich Männer in den 20er Jahren. Bei einer Genfer Epidemie beobachtete Rilliet 23mal Orchitis, der jüngste Pat. war 14, der älteste 45 Jahre alt.



2. Im Anschluss an den Vortrag Tarnowsky's in London, der annimmt, dass es sich bei maligner Lues um Mischinfection mit Eitercoccen handle, demonstrirt Neumann einen Fall von maligner Lues, von dem Gewebsstücke darauf hin untersucht werden sollen. Wenn man bedenkt, wie viele ulceröse Primäraffecte, wie selten ulceröse Syphilide gesehen werden, scheint obige Annahme nicht sehr wahrscheinlich. Lang macht aufmerksam, dass vor Tarnowsky andere und auch er selbst sich mit der Angelegenheit beschäftigt haben.

3. Einen 24jährigen Pat. mit Keloiden. Zwei bisquitförmige, scharf begrenzte, flach erhabene, geröthete schmerzlose Wülste mit runzeliger Epidermis bedeckt finden sich in der Sternalgegend. Eine weitere kreuzergrosse rundliche ebenso beschaffene Erhabenheit in gleicher Höhe an der linksseitigen Brusthälfte. Die Affection soll seit der Geburt bestehen, gegenwärtig suchte Pat. das Spital wegen recenter Lues auf.

Kaposi kennt aus der Literatur und aus eigener Erfahrung eine Reihe von Fällen mit Keloiden der Sternalgegend, es wäre des Studiums werth, zu ergründen, weshalb das Keloid mit Vorliebe an dieser Stelle sich localisirt.

4. Einen 30jährigen Kranken mit ausgedehnter Alopecia areata. An vielen Stellen der Kopfhaut umschriebene haarlose Stellen, theils einzelstehend kreisförmig, theils confluirend zu flachhandgrossen Stellen. Es fehlen die Augenbrauen- und Wimperhaare, ebenso die früher bestandenen Barthaare. Grössere haarlose Stellen finden sich ferner an der Symphyse und Bauchwand, wo theilweise noch jetzt starke Behaarung besteht. Der Haarausfall soll im vorigen Jahre begonnen haben.

Rille demonstrirt einen 64jährigen Pat., Schankwirth aus Galizien, mit multiplem primären pigmentlosen Hautsarcomen. An den verschiedenen Hautstellen zahlreiche (über 100) zum Theil subcutan vollständig oder mit der Cutis verschiebbare Geschwülste von normaler Haut bedeckt, meist kugelig erbsen-haselnuss- bis wallnussgross, schmerzlos sehr hart. Daneben weniger zahlreiche, über das Hautniveau vortretende, mit der Haut verwachsene blassrothe, matt glänzende Geschwülste. Diese sind meist erbsengross, im Gesichte, in der Supraclaviculargrube grössere. Am Rücken in der Lumbalgegend thalergrosse, plaqueartig vorstehende exulcerirte Knoten mit steilen Rändern, blassbraun, eine dünne seröse Flüssigkeit absondernd bei zufälligen Verletzungen stark blutend. Die umgebende Haut geschwellt, livid. Ein über faustgrosser, von dunkel gerötheter, gespannter Haut bedeckter Knoten findet sich rechts zwischen Rippenbogen und Darmbeinkamm, ein weiterer faustgrosser Knoten subcutan in der Scapulargegend. Ein Convolut von zahlreichen Knoten links am Rande des M. pectoralis major bis in die Achselhöhle reichend, ein kleineres oberhalb der linken Kniescheibe. Das Hautcolorit blass, gelblich, auch die Schleimhäute blass, jedoch frei von Geschwulstbildungen, abgesehen von einem haselnussgrossen derben Knoten unter der Oberlippenschleimhaut.

Die Erkrankung soll vor Jahresfrist mit dem grossen Knoten an der Lende begonnen haben. Seitens der inneren Organe nichs Abnormes, ausser Appetitlosigkeit keine subjectiven Erscheinungen, im Harne weder Zucker, noch Eiweiss. Ueber den histologischen Befund und die genaue Blutuntersuchung wird später berichtet werden. Es besteht leichte, vorwiegend polynucleäre Leukocytose, kein sichtliches Ueberwiegen der acidophilen Elemente. Der Kranke erhielt jetzt einige Tage Arsenhaemolpillen (Kobert-Bartelt), doch wird die Behandlung mit subcutanen Arseninjectionen fortgeführt werden.

Lang demonstrirt einen Fall von beginnender Elephantiasis des Unterschenkels. Die Affection begann zu Ostern 1896, ohne dass Rothlauf oder sonst eine Affection vorausgegangen wären. Am unteren Rande des Pectoralis rechts erscheint die Haut geröthet und bei der Untersuchung fühlt man eine derbe Platte. Auch an den untersten Theilen des Scrotums findet man eine circumscripte derbe Partie.

Kaposi hält die Affection am Unterschenkel für recidivirendes Erisypel, nach welchem jedesmal Oedem zurückbleibt und nicht zur Resorption kommt. Endlich entsteht daraus die elephantiastische Verdickung. In Bezug auf die anderen Herde lässt sich nichts Bestimmtes sagen.

Popper stellt aus der Abtheilung des Prof. Lang vor:

1. Einen 56jährigen Pat. mit Elephantiasis des l. Beines. Die ganze Extremität ist sehr vergrössert. Die Haut ist grösstentheils normal gefärbt. An der Innenseite des Oberschenkels ist durch die Haut ein Convolut von fingerdicken Gefässen sichtbar, einzelne sind als derbe Stränge durchzutasten. Inguinal- und Cruraldrüsen stark geschwollen. Die Haut fühlt sich derb, trocken an. Muskeln und subcutanes Gewebe lassen sich nicht isoliren. Am Unterschenkel in der Knöchelgegend beiderseits Ulcera, das an der Aussenseite handtellergross, unregelmässig begrenzt mit zahlreichen Hautinseln. Ueberdies in der Knöchelgegend ein Wall von warzenähnlichen, theilweise macerirten Wucherungen. Der Knochen der Tibia verdickt, aber glatt. Der Fuss ist polsterartig aufgetrieben. Die grosse und kleine Zehe scheinen intact zu sein.

2. Einen Fall von atonischem Geschwür geheilt durch Transplantation nach Thiersch. Die Pat. wurde mit einem vierkreuzerstückgrossen Geschwür vor den Hymenalresten, welches sich auf die Vaginalwand fortsetzte, aufgenommen. Trotz mehrwöchentlicher topischer Behandlung zeigte das Geschwür keine Heilungstendenz, auch Auskratzen, Excision führten nicht zur Heilung. Es wurde daher nach vorherigem Abkratzen mit Thiersch'schen Lappen gedeckt, die Lappen heilten an, so dass das Geschwür bis auf eine linsengrosse, granulirende Stelle überhäutet ist.

Lang bemerkt hiezu, dass er am Tage nach der Transplantation meinte, sie sei missglückt, da sich das Geschwür belegt zeigte. Nach einigen Tagen fand man jedoch, dass das Epithel haften geblieben sei. Doch unterscheidet sich die Stelle auch jetzt von der rosig gefärbten



Umgebung durch eine mehr weissliche Färbung uud gibt so die Abstammung von der Epidermis zu erkennen.

Wilhelm fragt, ob nicht auch Transplantation von Schleimhaut versucht werden könnte.

Neumann bemerkt, dass Transplantation von Schleimhaut mit Erfolg bereits von Wölfler ausgeführt wurde.

Kaposi demonstrirt einen Fall von besonders gestaltetem papulösen Erythem. Es sind scheibenförmige, scharf begrenzte Flecken, lebhaft injicirt wie bei einem acuten Exanthem, und zeigen eine ganz geringe Infiltration, viele tragen in der Mitte ein Knötchen und werden so einem Erythema annulare ähnlich. Einen ähnlichen Fall hat K. vor einigen Tagen bei einer Frau gesehen, bei ihr waren Efflorescenzen überdies an den Handrücken.

Verhandlungen der Berliner dermatologischen Vereinigung.

Sitzung vom 5. Januar 1897.

Vorsitzender: Lassar. Schriftführer: Joseph.

I. Gebert stellt bei einer 31jährigen Patientin einen Fall von Alopecia areata vor, welche seit ungefähr 10 Wochen besteht. Das Leiden hat unmittelbar nach einer sehr starken seelischen Erregung, welche durch den Tod ihres Vaters verursacht wurde, angefangen. Seitdem ist die Pat. nervös und leidet an hochgradiger Schlaflosigkeit. Vor 9 Jahren hat die Pat. bereits die gleiche Affection im Anschluss an den Tod eines ihrer Kinder gehabt. Der Zusammenhang der Erkrankung mit den psychischen Erregungen scheint in diesem Falle ausser Zweifel zu sein.

II. Heller: Reinfection oder Reinduration? Die Forderungen, die man an einen Fall von Reinfection stellen muss, sind folgende: 1. Die Beobachtung der ersten Syphilis durch einen einwandsfreien Fachmann. 2. Beim Beginn der zweiten syphilitischen Infection muss die erste völlig abgelaufen sein und 3. der Primäraffect der zweiten Syphilis muss auch von secundären Erscheinungen gefolgt sein. Bei der Anwendung dieses Massstabes scheidet eine grosse Anzahl von Reinfectionsfällen, die in der Literatur bekannt sind, aus. Zur Illustration stellt H. einen 33jährigen Patienten vor, der vor 10 Jahren syphilitisch inficirt war. Im Jahre 1886 heiratete er und nach 7 Monaten gebar seine Frau angeblich ein todtfaules Kind. Drei andere Kinder leben und sind mehr oder weniger rachitisch. 1894 hatte Pat. ein Recidiv und September 1896 beobachtete H. den Pat. mit Plaques am rechten Zungenrand.



Dieselben schwanden nach einer subcutanen Sublimatbehandlung. Nach Heilung derselben stellte sich Pat. Mitte November wieder vor und zeigte genau an der Stelle des früheren Schankers eine knorpelharte Induration. Die Aehnlichkeit mit einem Primäraffect wurde dadurch noch grösser, dass sich auf der Sclerose zwei kleine Ulcerationen entwickelten, indessen Drüsenschwellungen traten nicht auf. Erst Darreichung von Jodkali bewirkte eine Verkleinerung der Sclerose. Die fragliche Verhärtung muss in diesem Falle als Reinduration aufgefasst werden. Indessen, hätte der Kranke die Plaques an der Zunge noch gehabt, so würde man sicherlich geneigt gewesen sein, den Fall als Reinfection aufzufassen.

Rosenthal glaubt, dass selbst, wenn die Plaques an der Zunge noch vorhanden gewesen wären, man bei dem Fehlen von Drüsenschwellungen und sonstigen Erscheinungen auf der Haut, doch nicht den Fall anders als Induration hätte deuten können, besonders da das Auftreten des Primäraffectes gleichzeitig mit Plaques im Munde nicht gewöhnlich ist.

Köbner spricht sich entschieden gegen die Annahme einer Reinduration aus und hält die Affection für ein zerfallenes Gummi.

Lassen glaubt, dass, falls die vorausgegangene erste Infection unvollkommen immunisirt, die zweite Ansteckung nur local verlaufen könnte, so vielleicht auch in dem vorgestellten Falle.

III. Gumpertz stellt zwei Fälle von syphilitischer spastischer Spinalparalyse vor. Der erste Fall ist bereits von G. im Juni vorigen Jahres in der Gesellschaft demonstrirt worden. Der Gang ist inzwischen ataktisch geworden, die Kniereflexe sind noch gesteigert, Sensibilitätsstörungen bestehen nicht und die Atrophie des N. opticus ist noch vorhanden. Der 2. Fall betrifft einen 68jährigen Mann, der sich vor 9 Jahren syphilitisch inficirt hat. Derselbe zeigt einen hervorragend spastisch paretischen Gang, gesteigerte Kniephänomene, keinen Dorsalclonus. Es besteht bei passiven Bewegungen keine Rigidität der Beine, ein Phänomen, das von Erb als charakteristisch für die syphilitische Spinallähmung hingestellt worden ist. Der Augenspiegelbefund ergibt eine blasse Papille mit stark verengten Gefässen, Rothgrün-Blindheit und Einengung des Gesichtsfeldes, Pupillenstarre ist nicht vorhanden. Dieser Fall ist noch dadurch interessant, dass die Frau des Pat. seit 7 Jahren in Folge von spinaler Opticusatrophie vollständig erblindet ist und an Tabes leidet.

Gemeinsam beiden Fällen ist der Umstand, dass ihre syphilitische Affection keine oder nur ungenügende Behandlung gefunden hat. Die Prognose ist in beiden Fällen eine erträgliche.

Oestreicher glaubt, dass der Ansicht, dass die Schwere der Erscheinungen sich in den vorgestellten Fällen aus der unzureichenden Behandlung erkläre, bedingt zuzustimmen sei. Er selbst sah vor 2 Jahren einen Fall von Syphilis mit schweren Erscheinungen von seiten des Centralnervensystems, der im obigen Sinne zu verwerthen ist.

Indessen die Erfahrung lehrt leider, dass trotz der sorgfältigsten Behandlung sich später die schwersten syphilitischen Symptome zeigen können. Und wenn statistisch feststeht, dass bei progressiver Paralyse 75% nach Strümpell und bei Tabes noch ein grösserer Procentsatz auf eine syphilitische Vergangenheit zurückblickt, so wird man nicht allzu weit gehende Hoffnungen bezüglich der Dauerhaftigkeit unserer modernen Hg-Cur hegen dürfen.

Köbner ist nicht der Ansicht, dass alle spinalen Atrophien des N. opticus syphilitischen Ursprungs sind.

Mackiewicz fragt, ob man bei dem ersten Kranken beständig eine Reflexsteigerung beobachtet hat.

Gumpertz erwidert, dass, wo andere Ursachen für eine Sehnervenatrophie nicht vorliegen, der Verdacht auf Lues sehr nahe liegt. Reflexsteigerung ist in dem ersten Falle stets vorhanden gewesen. Was die mangelhafte Behandlung betrifft, so hat G. nur die Ansicht Erb's aussprechen wollen. Bei Tabes und Paralyse liegen aber die Verhältnisse insofern anders, als sie nicht Affectionen einer directen Nervensyphilis sind.

IV. Blaschko stellt einen 16jährigen jungen Mann vor, welcher auf dem Hinterkopf mehrere 2 markstückgrosse, kreisrunde, ziemlich kahle Stellen zeigt. Die Haut ist auf denselben nicht geröthet, jedoch mit Schuppen bedeckt. Die Haare folgen dem Zuge sehr leicht und zeigen eine grauweisse, eingetrocknete Wurzelscheide als Hülle. Auch in der Umgebung der Flecke schuppt die Haut, jedoch sitzen die Haare dort fest. Auf der Stirn des Pat. besteht die gleiche Affection, welche zu einem Verlust eines grossen Theils der Augenbrauen geführt hat. Im Laufe der letzten Jahre sind ähnliche Fälle von französischen Autoren beschrieben worden, so namentlich von Quinquaud als Folliculitis spilans s. destructiva, von Lailler als Acne decalvans und von Besnier als Alopécie cicatrisante innominée. Doch in allen diesen Fällen war Narbenbildung vorhanden, was bei seinem Pat. bisher vollständig fehlt. Es ist augenscheinlich, dass es eine ganze Reihe von ätiologisch miteinander vielleicht gar nicht verwandter Affectionen gibt, die zur Alopecie führen. Zu erwähnen ist noch, dass die Untersuchung der ausgefallenen und ausgezogenen Haare nicht das typische Bild von Atrophie geben, wie es Sabouraud in seiner Arbeit über Alopécie eingehend beschrieben hat. Blaschko ist geneigt, den Fall als Eczema seborrhoicum aufzufassen.

Köbner glaubt, dass der Fall einer Area celsi nicht ähnlich ist, sondern durch die Fortsetzung des entzündlich desquamativen Processes in die Haarbälge bedingt sei. Die weit überwiegende Zahl der bei uns vorkommenden Fälle von Alopecia areata ist trophischen oder neurotischen Ursprungs.

V. Blaschko stellt ein 19jähriges Mädchen vor, welches seit ihrem 13. Lebensjahr an einer schweren Urticaria leidet. Dieselbe charakterisirt sich dadurch, dass die Quaddeln nach kurzem Bestand hämorrhagisch werden. In den nächsten Tagen stellen sich natürlich die übli-



chen Farbenveränderungen der cutanen Blutungen ein. Diese Erscheinung hat dahin geführt, dass der Fall als Urticaria pigmentosa aufgefasst worden ist. Indessen mit dieser typischen Form hat der vorgestellte Fall keinerlei Verwandtschaft, hauptsächlich sind bei seiner Pat. die Streckseiten der Extremitäten befallen, während der Rumpf fast vollständig freigeblieben ist; das Gesicht ist bei jeder Attaque wenn auch nur mässig, ergriffen. Die symmetrische Vertheilung der Eruptionen nähert den Fall den exsudativen Erythemen. Und auch sonst finden sich noch einige Momente, welche für eine Verwandtschaft mit dieser Krankheitsgruppe sprechen. So sind mehrfach im Laufe der Zeit rheumatische Erkrankungen verschiedener Gelenke aufgetreten. Ausserdem ist der Fall auch von schweren Complicationen nicht verschont geblieben. Vor 1 Jahre zeigte sich eine Keratitis parenchymatosa, die bald von Blutungen gefolgt war. Dieselbe trat zu einer gleichzeitig bestehenden Retinitis haemorrhagica, bei welcher um die Opticuspapille ein seröses Exsudat mit partiellen Hämorrhagien bestand, hinzu. Nach mehrmonatlicher Dauer trat vollständige Heilung ein. Ob diese Augenaffection nicht auf hereditärer Lues beruht, ist nicht zu entscheiden. Die anamnestischen Daten geben für diese Diagnose nur wenig Anhaltspunkte.

Heller hatte Gelegenheit, die Pat. in der Charité zu sehen, und damals bot die Affection das typische Bild einer Urticaria haemorrhagica.

O. Rosenthal.

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Primararzt **Jadassohn** in Breslau.)

Gonorrhoe und deren Complicationen.

Blokusewski. Zur Verhütung der gonorrhoischen Infection beim Manne. Dermatolog. Zeitschr. Bd. II., 1895.

Zur Verhütung der Tripperinfection beim Manne empfiehlt Blokusewski Einträufeln von 2—3 Tropfen einer 2% Arg. nitr.-Lösung in die Fossa navicul. möglichst bald, bis ungefähr ¼ Stunden nach dem Coitus, nachdem zuvor durch Uriniren das in der Fossa navicul. vorhandene Secret entfernt wurde. Durch zeitweiliges Zuhalten der Urethralmündung mit dem aufliegenden Finger kann die Ausspülung des Secretes durch den Harnstrahl unterstützt werden. Nach ¼' wird die Lösung mit Wasser abgespült. Ist längere Zeit nach dem Coitus verflossen, so ist eine längere Einwirkung der Lösung (½') nothwendig. Ebenso empfiehlt es sich durch Vertheilen des über der Fossa navicul. stehenden Tropfens die Frenulumgegend zu reinigen. Zur entsprechenden Ausführung dieser Methode hat B. ein portatives Tropfglas anfertigen lassen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Lyon. Comment doit-on traiter la blennorrhagie aiguë chez l'homme? Le Mercredi médical. Nr. 26. 26. Juni 1895.

Lyon empfiehlt vor Allem die Janet'sche Behandlung und zwar soll immer die Abortivcur der Gonorrhoe versucht werden. Man leitet dieselbe ein durch Auswaschen der ganzen Urethra mit einer Lösung von Kal. hypermang. 10: 100·0, 2mal täglich, dann folgen nach 4 Tagen Spülungen mit einer 2—4% Lösung. Guiard bevorzugt noch schwächere Lösungen 1 : 5000 bis 1·0 : 4000. Die Menge der Flüssigkeit soll ½ L. betragen. L. hebt hervor, wie wichtig für den Verlauf einer Gonorrhoe die Gonococcen-Untersuchung ist; dann gibt er die bekannten diätetischen und hygienischen Massnahmen bei der Gonorrhoe-Behandlung an. Wenn die Abortivcur misslingt, soll man die Janet'schen Ausspülungen nach 10—14 Tagen beginnen. Je nachdem man bloss die Urethra anterior oder die Urethra in toto ausspülen will, hängt man den Irrigator 0·75 Cm. oder 2 M. hoch auf. Eine Ausspülung täglich genügt, man braucht etwa



8—15 Ausspülungen. Besteht dann noch Secretion ohne Vorhandensein von Gonococcen, so wendet Verf. eine Lösung von 1 : 20000 an, welche nach 2—3 Tagen den Ausfluss beseitigt. Nur in Fällen, in denen der Kranke die Ausspülungen der Urethra nicht anwenden kann, lässt L. Einspritzungen mit der gewöhnlichen Tripperspritze machen und empfiehlt dazu ebenfalls Kal. permang. 2·5 : 100·0. Contraindicirt sind Auswaschungen und Einspritzungen: 1. Bei Epididymitis und Prostatitis. 2. Bei Infiltrationsherden längs der Urethra. 3. Bei Stricturen. Als unterstützende Mittel empfiehlt L. noch die Balsamica im Stadium der Abnahme der Gonorrhoe.

Julius Raff (Stuttgart).

Lyonais. Traitement méthodique de la blennorrhagie. La Médec. mod. 29. Jänner 1896.

Die methodische Behandlung der Gonorrhoe theilt Lyonais in 3 Abschnitte: 1. Die hygienische Behandlung: Vermeidung reizender Speisen und Getränke, sowie mechanischer Irritationen. 2. Die antiphlogistische Behandlung: Trinken von grossen Quantitäten Limonade mit oder ohne Zusatz von salicylsaurem und doppelkohlensaurem Natron, Vollbäder, im Nothfalle Blutegel ans Perineum, Opium- und Antipyrinklystiere. 3. Die unterdrückende Behandlung (NB erst nach völligem Abklingen der entzündlichen Erscheinungen anzuwenden): Per os: Copaiva, Sandelöl, besser Cubeben; erst zum Schluss, wenn der Ausfluss schon fast ganz verschwunden, sind adstringirende und desinficirende Injectionen in die Urethra angezeigt. Ferdinand Epstein (Breslau).

Petrini de Galatz. Le traitement de la blennorrhagie Presse méd. roumaine. 7. Juli 1895. Ref. La Médecine moderne 6. Jahrg. Nr. 74. 15. September 1895.

Petrini hält viel von der Fournier'schen Gonorrhoebehandlung: Ruhe, Alkalien, Bäder, Balsamica etc. Von Abortivcuren verspricht er sich keinen Nutzen. Mit Injectionen sollte erst nach 4 Wochen begonnen werden. Bei der Urethritis anterior spritzen die Patienten selbst, in acuten Fällen am besten mit Ichthyol, welches bessere Resultate gibt als Sublimat oder Argentum nitricum. Bei alten Posterioren Instillationen nach Guyon, bei frischen Behandlung nach Casper.

Paul Oppler (Breslau).

Allen, G. W. Behandlung der acuten Urethritis. Boston Journal. 28. Mai 1891. Ref. D. Medic.-Ztg. 1893, p. 28.

Allen tritt für sofortige Behandlung der acuten Urethritis mit antiseptischen, nicht mit adstringirenden Mitteln ein, die er mit interner Darreichung von Copaiva oder dem noch wirksameren Sandelholzöl combinirt. Die besten Erfolge seien durch 2—3mal täglich ausgeführte Irrigationen mit Sublimat (1 : 10000 bis 1 : 40000) zu erzielen. Eine Coupirung der Gonorrhoe könne man nur in ganz frischen Fällen erwarten wenn der Pat. schon einige Stunden nach der Infection in Behandlung komme. Münchheimer.

Strauss. Der heizbare Irrigator mit selbstthätiger Temperaturregulirung in Verbindung mit einer neuen Bügelhahn-



canüle zur Behandlung des Trippers mittelst Ausspülungen mit Kalium hypermang. Allgem. Medicin. Central-Zeitung 64. Jahrg. Nr. 59, 1895. S.-A.

Die Veröffentlichung von Strauss schildert den im Titel charakterisirten Apparat des Näheren. Er ist von G. Beuthel jun. (Barmen, Wupperstrasse) zu beziehen und kostet 10 M. Strauss empfiehlt das Janet'sche Verfahren warm. Er macht täglich eine Irrigation von ca. 300 Ccm. und verwendet hierzu eine Lösung hypermangansauren Kalis von 1 : 5000, welche, solange Gonococcen nachzuweisen sind, auf 30—35° R. erwärmt wird. Je geringer die Reaction ist, desto schneller steigt er mit der Concentration (bis 1 : 1000). Tritt starker Harndrang ein, so muss die Concentration herabgesetzt werden. St. hat überraschend gute Resultate von dieser Behandlungsweise gesehen; tägliche Untersuchung des Secretes auf Gonococcen ist erforderlich. Sind die Gonococcen definitiv verschwunden, so kann man zur Beseitigung des meist zurückbleibenden schleimigen Secretes noch einige Zeit Irrigationen von 1% lauwarmen Lösungen von Alaun, Zinc. sulfur. oder sulfocarbolic. u. s. w. vornehmen. Contraindicirt ist die Methode bei folliculären und cavernösen Infiltraten und Abscessen, acuter Cowperitis, Prostatitis, Epididymitis und Cystitis. Paul Oppler (Breslau).

Guitéras. Report of Ten Cases of Anterior Urethritis, Treated in the Wards of the City Hospital by the Author's Method. The Therapeutic Gazette. 15. Nov. 1895.

Nachdem Guiteras gute Erfahrungen bei der Augenblennorrhoe mit seiner Behandlung gemacht hatte, wandte er sie auch bei der Gonorrhoe der Urethra an. Nach Auswaschen der Harnröhre mit irgend einer indifferenten Lösung macht er eine Arg. nitric.-Injection (ca. 1 : 5000) und spült dann wieder mit 4% Borsäure nach. Dieser Vorgang wird täglich wiederholt unter steter Steigerung der Concentration der Silberlösung. Geeignet sind nur Fälle, die zum ersten Male inficirt sind, da bei den anderen Stricturen (!) den Erfolg verhindern. Der Erfolg ist ein angeblich überraschender, da die Fälle meist abortiv heilen. Berichte sind beigefügt über 10 Kranke, von denen 60% (!) in einer Woche geheilt wurden. Max Pinner (Breslau).

Routier. Traitement de la blennorrhagie. Journal de Médecine de Paris. Ref. Journal d'accouchements. 15. September 1895, Nr. 37.

Routier behandelt die Gonorrhoe mit baktericiden Mitteln und zwar mit Kali hypermanganicum. Er wartet, bis die entzündlichen Erscheinungen vorüber sind und der Process subacut geworden ist. Dann wird sofort Urethra anterior und posterior behandelt mit langdauernden Spülungen einer lauwarmen Lösung von Kali hyp. 1 : 2000. Jedesmal 2—4 Liter. Gewöhnlich tritt die Heilung nach 7 oder 8 Spülungen ein. Bei Complicationen wird deren Heilung abgewartet. Um die Heilung festzustellen, wird eine „épreuve des bocks" (Janet) vorgenommen, da R. im Biergenusse das beste provocatorische Mittel erblickt, eventuell auch eine Injection von Argentum nitricum (Concentration?) dem gonococcentödtende Eigenschaften abgesprochen werden. Die Einfach-



heit der Methode und die Möglichkeit, die Ausführung derselben ganz in die Hände der Patienten zu legen, werden hervorgehoben.

Paul Oppler (Breslau).

Jaison, Ph. Alkalische Injectionen bei der Gonorrhoe-Behandlung. Sem. méd. 1895, Nr. 48, Vol. CXC.

Jaison hat auf Grund der Erfahrung, dass Gonococcen auf saurem Nährboden besser wachsen, antiseptische Injectionen mit Alkalien verbunden und dabei gute Erfolge erzielt. Er empfiehlt besonders eine Sublimatlösung (1 : 10000), welche 6% Liquor Kal. caustic. (5·81%) enthält.

Dagett, B. H. Flooding the Urinary Tract. Buffalo Medical Journ. Bd. XXXV, Nr. 3.

Daggett bespricht die Methoden zur Ausspülung der Blase ohne Catheter insbesondere die von Feleki und Janet angegebenen; er hält keine derselben für empfehlenswerth, weil sie einerseits namentlich bei jüngeren Individuen nicht immer zum Ziele führen, andrerseits bei bestehender Cystitis die Entzündung steigern. Er empfiehlt daher eine ähnliche Methode, bei welcher der Irrigator nur einen Fuss über dem Becken sich befindet; die injicirte Flüssigkeit soll eine Temperatur von 110 bis 112° F. haben; der Patient muss sich in halber Rückenlage mit angezogenen Beinen befinden, weil dann die Beckenmuskulatur und der Sphincter urethrae am besten entspannt sind. D. glaubt, dass unter diesen Bedingungen der Eintritt der Flüssigkeit in die Blase durch active Thätigkeit der Harnröhrenmuskeln unterstützt wird. Zum Beweise dafür, dass ein nennenswerther Flüssigkeitsdruck bei dieser Methode nicht nothwendig ist, wird u. A. ein Fall angeführt, bei welchem die Blasenausspülung trotz einer nach Urethrotomia externa zurückgebliebenen Harnröhrenfistel gelang. Die Ausspülung der Blase soll so oft wiederholt werden, bis die ablaufende Flüssigkeit klar ist; auch der Kranke selbst kann die Procedur leicht erlernen und allein an sich vornehmen. D. empfiehlt seine Methode besonders bei Cystitis und Urethritis mit Epididymitis und anderen Complicationen. Es werden mehrere Krankengeschichten von derartigen Fällen mitgetheilt, bei denen mit Hilfe der neuen Methode rasche Heilung erzielt wurde, nachdem die sonstigen therapeutischen Eingriffe im Stiche gelassen hatten. Auch bei der Behandlung der chronischen Prostatahypertrophie leistete die Irrigationsmethode sehr gute Dienste, u. A. bei einem 74jährigen Kranken mit sehr hochgradiger Prostatavergrösserung, der sich in der geschilderten Weise selbst zu behandeln lernte und so vor einem chirurgischen Eingriff bewahrt werden konnte.

J. Schäffer (Breslau).

Cipriani. Una nuova cannula per la irrigazione a doppia corrente della uretrite anteriore. Riv. Cl. e terap. Nov. 1895, Nr. 11.

Cipriani beschreibt eine von ihm angegebene Canüle zur Behandlung der Gonorrhoea anterior des Mannes. Dieselbe hat vorn zwei Schenkel und ist durch ein Septum getheilt. Dadurch entstehen 2 Kammern, eine obere und eine untere, welche mit den betreffenden Schenkeln communiciren. Jede Kammer enthält 5 kleine Löcher. Die Vortheile des



Instrumentes sind nach Verf. folgende: 1. Die Canüle ist sehr leicht zu handhaben. 2. Man kann in 5 Minuten etwa 2 L. Flüssigkeit durch die Urethra spülen. 3. Man kann, ohne dass eine Störung in der Function der Canüle eintritt, so tief in die Urethra eingehen, als nöthig ist. C. machte bei 34 Kranken 3mal täglich eine Ausspülung und sah nach 3 Wochen Heilung eintreten. Eine Urethritis posterior oder eine andere Complication sah er niemals. Mit der Behandlung wurde erst nach Aufhören der acuten Erscheinungen begonnen. Als Spülflüssigkeit diente Kali permang. 0·5—1 : 1000·0, Arg. nitr. 0·1 : 100·0, Zinc. sulfur. 0·5 : 1·0 : 100·0. Julius Raff (Breslau).

Albertazzi. La cura specifica della blenorragia con l'argentammina. Gazetta degli ospedali a delle cliniche 1895, 16. Juli.

Albertazzi stellt folgende Thesen über seine bisherigen Erfahrungen über die Wirkung des Argentamin bei Gonorrhoe auf: Die Argentaminlösungen dringen tief in das Gewebe, ohne es zu verletzen. Eine Argentaminlösung 1 : 4000 vernichtet eine Reincultur von Gonococcen leichter als eine Arg. nitr.-Lösung von 1 : 4000 oder eine Sublimatlösung 1 : 10000. Einspritzungen in die Urethra von Argentaminlösungen bis 1 : 1000 werden sehr gut vertragen; das Secret wird nach den ersten Injectionen etwas stärker, nimmt aber dann rapide ab. Argentamin-Injectionen sind fast in jeder Periode der Gonorrhoe angebracht. Die Heilungsdauer schwankt von 6—15 Tagen. Otto Lasch (Breslau).

Canova. De l'Ichthyol dans le traitement de la Blennorrhagie. Thèse de Paris 1895.

Canova hat unter Balzer's Leitung Gonorrhoen mit langdauernden Ichthyolausspülungen behandelt, auf Grund der Vorzüge, welche den Ichthyolinjectionen nachgerühmt werden. (Dass Jadassohn seinerzeit das Ichthyol für ein „ideales" Antigonorrhoicum erklärt haben soll, ist ein Irrthum C.'s. Ref.) C. verwendet Anfangs wenigstens immer eine 1% Lösung und spült einmal täglich mit ungefähr einem Liter von 30—35°. Nach einigen Tagen werden abwechselnd 1% und 2% Lösungen gespült. Wirkung soll schnell eintreten: Aufhören der Mictionsbeschwerden, Verminderung der Erectionen, Secretbeschränkung, ausgiebige Epithelabstossung. Keine Schmerzen, ausser in einem Falle bei einem Neurastheniker; jedoch Blasenreizung bei öfterer Wiederholung der Ausspülungen der posterior. Behandelt wurden

14 acute	} Gonorrhoen, darunter	8 Erfolge,	5 Misserfolge,	1 nicht beob.
3 subac.		2 „		
9 chron.		6 „	2 „	1 fraglich.

Das Aufhören des Ausflusses und Verschwinden der Gonococcen fielen zeitlich beinahe stets zusammen, bei den acuten Fällen im Durchschnitt nach 10, bei den subacuten nach 7, bei den chronischen nach ca. 7 Tagen. Paul Oppler (Breslau).

Orlow. Ueber die Behandlung der Gonorrhoe der Urethra mit Formaldehyd. Woenno-medicinskij Journal 1895. Mai. Ref. Jeszenie-djelnik 1895, Nr. 34, p. 496. Russisch.



Orlow kommt auf Grund von 10 von ihm beobachteten Fällen zu dem Schlusse dass das Formaldehyd in 1—5% Lösungen günstig auf die Gonorrhoe einwirkt. Unter dem Einfluss der Einspritzungen (schwache Lösungen 3—4mal des Tages, starke nur 1mal) sollen die Gonococcen aus dem Secrete schnell verschwinden und das Secret selbst schnell aus dem eitrigen in den serösen Zustand übergehen. Dabei soll das Formalin, in schwachen Lösungen, keine reizende Wirkung ausüben. A. Grünfeld (Rostow).

Constantini B. Blenorragia curata col dermatolo. Ref. in Gazetta degli ospedali e delle cliniche 1895, Nr. 156.

Constantini hat bei vier Fällen von Gonorrhoe Injectionen mit 2—4% Suspensionen von Dermatol in sterilem Wasser angewandt. Die Injectionen wurden täglich 2mal ausgeführt. Die Schlussfolgerungen des Verfassers sind kurz folgende: Das Dermatol bildet für die erkrankte Schleimhaut ein gutes Deck- und Schutzmittel; es wirkt adstringirend und secretionsbehindernd. Es wirkt entwicklungshemmend auf die Gonococcen, vernichtet dieselben, ebenso auch die gewöhnlichen Eitererreger. Es kann die üblichen Adstringentien und Desinficientien vollständig ersetzen und während der ganzen Dauer einer Gonorrhoebehandlung angewandt werden, da eine Gewöhnung der Schleimhaut an das Medicament nicht eintritt. Max Dreysel (Leipzig).

Güntz, J. E. Die Behandlung der Gonorrhoe nach den neueren Methoden, insbesondere mit Zinkstäbchen, auf der Grundlage der Lehre vom Tripperpilz. Allg. Wiener med. Ztg. 1893. Deutsche Med.-Ztg. 1894, 60 p. 668.

Güntz behauptet, dass einzig und allein Jodoform und Calcaria chlorata die an ein Antigonorrhoicum zu stellenden Postulate erfüllen, nämlich, dass sie ohne zu reizen, sowohl in der praktisch anwendbaren Dosis die Gonococcen zu tödten, als auch in den Hauptsitz derselben im submucösen Gewebe zu dringen vermögen; und zwar schliesst G. Letzteres aus ihrer „Eigenschaft zu verdunsten und als gasartige Körper von den Flüssigkeiten überhaupt und somit auch, wie ausserdem experimentell nachgewiesen ist, von den Flüssigkeiten der Gewebe resorbirt zu werden". Jodoform ist in dickflüssiger Suspension in Wasser mit einer Art Salbenspritze, Calcar. chlor. in $\frac{1}{2}$—2% Lösung zu injiciren. Chron. Gonorrhoe behandelt G. mit Zinkstäbchen, die durch Anrühren von präcipitirtem Zinkoxyd mit Wasser bereitet sind und durch ihre austrocknende Wirkung die Gonococcen ebenso vernichten, wie die Malariapilze in einem Sumpfe durch dessen Austrocknung vertrocknet und vernichtet werden. Münchheimer (Colberg).

G. L. Traitement de la blennorrhagie chronique chez l'homme. Le Mercredi médical. 17. Juli 1895, Nr. 29.

Im Eingange betont L., dass an der langen Dauer vieler Gonorrhoen die schlechte Leitung der Behandlung schuld sei; die grosse Mehrzahl der Aerzte behandelt nach einem Schema mit Injectionen oder Instillationen mit Arg. nitr. oder anderen Substanzen, ohne sich um secundäre Infectionen, die Ausdehnung und Tiefe des Processes oder um

das Bestehen von inficirten Drüsengängen, paraurethralen Gängen etc. und vor Allem ohne sich darum zu kümmern, ob noch Gonococcen vorhanden seien oder nicht. Dabei sei der Nachweis derselben und ihre gute Färbung sehr leicht, doch ist es nöthig, dass zur genauen Untersuchung der Morgenurin der Pat. verwendet werde. Der Verf. empfiehlt, ohne zunächst auf eine Anterior- und Posterior-Trennung einzugehen und von einer Ausspülung der Anterior zu sprechen, man solle den Pat. einen Theil seines Urins entleeren lassen, dann auf die Harnröhre und Prostata drücken und dann den 2. Theil uriniren lassen; finden sich in dieser 2. Portion Flocken, so sind diese auf Gonococcen zu untersuchen und eventuell die Prostrata resp. paraurethrale Herde als Aufenthaltsort von Gonococcen anzunehmen. Um des Verschwindens der Gonococcen ganz sicher zu sein, räth der Vf. entweder mehrere Gläser Bier trinken oder Injectionen mit Arg. nitr. Solut $^1/_{2000}$ oder Sublimat-Injectionen $^1/_{20000}$ in die Urethra vornehmen zu lassen, welch letztere zugleich den Zweck hätten, andere Mikroben, die ausser dem Gonococcus in der Urethra anter. vegetiren könnten, zu vernichten und die event. noch vorhandenen Gonococcen isolirt darzustellen. Der Verf. verbreitet sich dann über secundäre Infection mit anderen Mikroben der Luft oder der weibl. Vagina, da für die Ansiedlung solcher die Blennorrhoe eine erhöhte Disposition zu schaffen scheint; um von einer durch andere Mikroben verursachten secundären Infection reden zu können, müssen sich dieselben in ziemlich grosser Anzahl zeigen. Der Lieblingssitz dieser gonorrhoischen Secundär-Infection ist die Fossa navicularis; in diesem Falle findet man die Mikroben wohl im Secret, nicht aber in den Filamenten des Urins. Sind dieselben in den Fäden der I. Portion, so ist die Anterior durchweg inficirt, sind sie in den Fäden beider Portionen, so hat sich die Infection über die Urethra in ihrer ganzen Ausdehnung verbreitet; auch die Blase kann inficirt sein, was durch eine leichte Urintrübung, die sich weder auf Salpetersäure, noch Wärme aufhellt, oder durch das Auffinden einer beträchtlicheren Anzahl von freien oder in Leukocyten eingeschlossenen Mikroben im Sediment des Urins zu constatiren ist. Pyelonephritiden, die auch vorkommen können, geben immer eine zweifelhafte Prognose. Ebenso muss man an die Tiefe der Schleimhaut, Drüsen, Prostata, Samenbläschen denken, um sich die Erfolglosigkeit der Therapie zu erklären. Mit Hilfe eines Bougie à boule oder Béniqué'scher Sonden kann man die Unterschiede der Elasticität und des Calibers der Urethra in den verschiedenen Theilen feststellen. Der Druck mit dem Finger verschafft das Secret der Urethraldrüsen und der Prostata und lässt die Tiefenausdehnung des Processes in dieser Hinsicht erkennen. Auch die Endoskopie kann behufs Feststellung des Vorhandenseins von Polypen, Fissuren, Drüsenabscessen etc. nothwendig werden.

Dann erwähnt der Verf. kurz diejenigen Fälle, in denen zwar eine und zwar oft eine sehr hartnäckige Secretion vorhanden ist, aber nicht mehr Mikroorganismen nachweisbar sind; dieses Secret rührt von den Secretionsproducten dilatirter Urethraldrüsen her. Nach diesen Erörterungen, durch welche der Verf. beweisen will, dass die Indicationen und



damit die Methoden der Behandlungen sehr verschiedene sind, kommt er zur eigentlichen Therapie, die 3 verschiedene Ziele hat. I. Das nach dem Verf. am leichtesten zu erreichende ist die Entfernung der Gonococcen. Er empfiehlt täglich 1 Ausspülung der Urethra mit 1000 Gr. Solut. Kal. permang. ($^1/_{1000}$, am 2. Tage $^1/_{2000}$, nach 7 Tagen $^1/_{1000}$), so dass die eine Hälfte zur Ausspülung der Urethra anter., die andere zur Blasenausspülung verwendet wird. II. Die Bekämpfung der secundären Infection. So lange Gonococcen vorhanden sind, soll man der Kal. permang.-Lösung $^1/_{1000}$ noch Sublimat zusetzen oder Solut. Arg. nitr. $^1/_{4000}$ oder Instillationen mit Arg. nitr. $^1/_{100}$ oder $^5/_{100}$ anwenden. Wenn keine Gonococcen mehr da sind, so genügen im Ganzen 2 Sublimatausspülungen (einmal $^1/_{40000}$, dann $^1/_{10000}$) und ausserdem gründliche Reinigung des Orificium urethrae mit Sublimatlösung ($^1/_{2000}$) getränkter Watte. Für veraltete Fälle mit Sclerosirung empfiehlt Verf. allmälige Dehnung mit Béniqués nach vorheriger Sublimatausspülung. Otto Lasch (Breslau).

Schalenkamp. Die Insufflation trockener Pulver. Ein Beitrag zur localen Behandlung des chronischen Harnröhrentrippers beim Manne. Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. XX, Nr. 5.

Schalenkamp macht für die Formen des chronischen Harnröhrentrippers, bei denen ein spärliches, dünnflüssiges, gonococcenfreies Secret abgesondert wird, das bisweilen verschwindet und auf Reize aller Art wieder erscheint, den — übrigens nicht neuen — Vorschlag, eine Behandlung mittelst trockener Pulver adstringirender Medicamente einzuleiten. Die Medicamente (z. B. Jodoform, Calomel, Dermatol, Tannin, Thioform, Bismut. subnitr., Zinkoxyd etc.) werden mittelst eines aus einem Jacques-Patent-Katheter leicht zu improvisirenden Instrumentes, dessen nähere Beschreibung im Original nachzulesen ist, eingeblasen. Vor dem Einblasen des Pulvers muss der Kranke Urin lassen. Er soll möglichst wenig Flüssigkeiten zu sich nehmen. Die Anwendung der Insufflation erfolgt mindestens dreimal am Tage und muss noch kurze Zeit nach dem vollständigen Verschwinden des Secretes fortgesetzt werden.

Sternthal (Braunschweig).

Isaac. Ueber den Werth der Salbenbehdl. bei der chron. Gonorrhoe. Festschrift für Lewin, 5. Nov. 1895. S. Karger-Berlin.

Isaac versucht die Salbenbehandlung bei der Urethritis posterior gonorrhoica wieder zu Ansehen zu bringen und empfiehlt, da er nur den Mangel einer ordentlichen Salbenspritze für den Grund der Vernachlässigung der Salbentherapie hält, einen nach seinen Angaben gefertigten Apparat. Ferdinand Epstein (Breslau).

Phèlip. Le candelette e le instillazioni nella cura delle blennorragie chroniche ribelli. Lyon méd. 1895. August. Il Morgagni, 23. Novembre 1895, Nr. 44.

Wenn bei einer chronischen Gonorrhoe die Instillationen nach 14 Tagen keinen Erfolg haben, empfiehlt Phélip die Behandlung auszusetzen. Er unterlässt dann 2—4 Wochen jegliche Therapie, beginnt wieder mit Injectionen, um endlich nach weiteren 2 Wochen eventuell zur

Behandlung mit Metallsonden überzugehen. Er hält 2 aufeinander folgende Sitzungen mit einem Zwischenraum von 1—3 Tagen, nach weiteren 24—48 Stunden macht er eine Instillation und wiederholt den ganzen Cyklus noch einmal. Nach diesem Modus verfahrend, hat er 82% Heilungen gehabt. Auch hat er 2 Fälle von chronischer Prostatitis bei Gonorrhoe heilen sehen. Auch bei chronischer Gonorrhoe mit Strictur wendet Verfasser diese combinirte Behandlung an. Die Wirkung der Sonde sucht er nicht in einer Dehnung der Urethra, sondern in einer Massage derselben. P. empfiehlt nicht mit der Sonde die Behandlung zu beginnen, welche bei der ersten Sitzung die Strictur passirt, sondern mit einer solchen, die um 5 Nummern schwächer ist. Dann erst geht er allmählich zu stärkeren Sonden über. Der Verfasser wendet die Sonden von Béniqué an. Julius Raff (Stuttgart).

Rochet, V. De l'uréthrite chronique granuleuse et de son traitement par le sulfate de cuivre solide. Arch. prov. d. Chir., Th. III, p. 440.

Bei Fällen chronischer Urethritis mit klarem Secret und kleinen isolirten Granulationsherden benutzt Rochet Kupfersulfat in Substanz ($\frac{1}{2}$—$\frac{1}{3}$) mit grösserem Vortheil als Argentum nitricum. Stricturen müssen vorher geheilt sein; durch die mittels eines neuen Aetzmittelträgers applicirten Aetzungen sollen solche nicht zu Stande kommen. J.

Akazatow, N. Behandlung der chronischen Urethritis bei Männern. Woenno-Medizinskii Journal 1894, März. (Ref. Jeszeniedjelnik 1895, Nr. 23). Russisch.

Auf Grund von 31 beobachteten Fällen empfiehlt Akazatow die Behandlung des chronischen Trippers mit den schweren Bougies von Béniqué. Die Behandlung soll kurze Zeit nach Ablauf der acuten Symptome eingeleitet werden. A. Grünfeld (Rostow).

Ehrmann, S. Ueber Behandlung paraurethraler Hohlgänge und Urethralpapillome. Wiener med. Presse 1895, Nr. 8.

Ehrmann gibt nach einer kurzen Besprechung der Wichtigkeit des Bestehens gonorrhoisch inficirter paraurethraler Gänge für den Träger, der dadurch stets Autoinfectionen in der Urethra ausgesetzt ist, (eine ja oft genug hervorgehobene Thatsache) eine Methode an, die es ermöglicht, solche Gänge mittelst Elektrolyse unblutig und ohne Schmerz zu zerstören. E. hat bereits 21 Fälle derartig zur completen Heilung gebracht, ohne je einen Misserfolg gehabt zu haben. Als Kathode verwendet er eine knopfförmig endigende Sonde — das knopfförmige Ende von Metall — die in den Gang geschoben wird. Die Stromstärke bleibt stets unter 4 MA. Der Strom wird dabei mittelst zweier eingeschalteter Rheostaten minutiös regulirt. — Im Orificium sowie tiefer in der Urethra spriessende Papillome entfernt der Autor je nach Grösse und Sitz mittelst als Kathode armirter „Löffelchen" Lanzen, Stachel, oder einer Kugelelektrode, welche im Endoskop (Hartgummi) unter Spiegelbeleuchtung vorgeschoben und unter Augencontrole gehandhabt werden. Die Instrumente werden näher beschrieben. Carl Ullmann (Wien).



Woodward, R. M. Cleveland, Ohio. An Operation for Relieving Phimosis when Complicating Gonorrhoea, without Infecting the Wound. The New-York Med. Journ. 23. Febr. 1895, Vol. LXI, Nr. 8.

Woodward, empfiehlt ein neues Verfahren, um bei Operation der in Folge von Gonorrhoe oder weichen Schankern entstandenen Phimose eine Infection der Schnittflächen zu vermeiden. Es wird die Phimose in eine Paraphimose verwandelt und gründlichst desinficirt. Dann erfolgt nach vorhergegangener Cocainisirung eine kleine Incision am Dorsum penis in der Nähe seiner Wurzel. Von dort aus wird eine Hohlsonde subcutan bis unter den Schnürring hinter der Corona glandis vorgeschoben. Auf demselben Wege unter Leitung der Sonde führt man nun ein Tenotom flach ein. Nach Erreichen der Einschnürung schlitze man dieselbe subcutan ein und reponire nun die Vorhaut. Die kleine Einschlitzung genügte in den Fällen des Verf. zur dauernden Beseitigung der Phimose. Ob Woodward das Verfahren auch schon bei weichen Schankern angewendet und auch hier keine Wundflächeninfection eingetreten ist, geht nicht sicher aus dem Artikel hervor.

Hugo Müller (Frankfurt a. M.)

Buckston Browne, G. Syme's treatment of urethral stricture. Tothe Editors of the Lancet. Lancet, 22. Dec. 1894.

Buckston Browne spricht sich in einer Zuschrift an die Redaction des „Lancet“ gegen die von Pemberton vertheidigte Ansicht aus, dass die Urethrotomia externa bis heute den von Syme für sie in Anspruch genommenen Werth behalten habe. Er lobt im Gegentheil die von Jenem verworfene innere Urethrotomie, bei der nicht, wie nach der äusseren Urethrotomie, Fisteln zurückblieben oder schwere Blutungen einträten, und die doch die schwersten Stricturen gut und dauernd beseitige. Sternthal (Braunschweig).

Brown, W. H. Chronic stricture of the urethra. Sheffield Medico-Chirurgical Society. Lancet, 9. März 1895.

Brown hält die Behandlung chronischer Urethralstricturen mit Dilatation, gleichviel ob diese schnell oder allmälig ausgeführt wird, für gefährlich, sobald eine schwerere Form von Cystitis vorhanden oder die Urethra abnorm sensitiv ist. Er verwirft die innere Urethrotomie, hält dagegen die äussere nach dem Verfahren von Wheelhouse für eine sichere und wirksame Methode. Ein Vortheil dieser Methode ist, dass sie dem Operateur die Gelegenheit gibt, die Blase zu untersuchen, wodurch in einem seiner Fälle unvermutheterweise 2 Steine gefunden wurden. Diese Methode sorge ferner für eine wirksame, nachfolgende Blasendrainage. Verf. lässt stets 4—5 Tage ein Drainrohr in der Blase liegen und spült in schweren Fällen mit Chininlösung aus. Sternthal (Braunschweig).

Ferria. Sulla elettrolisi lineare dei Restringimenti uretrali. Gazetta Medica di Torino, 15. Juni 1895, Nr. 24, 25, 26.

Ferria hält die Elektrolyse für ein sehr gutes Mittel zur Behandlung der Harnröhrenstricturen, welches oft der Urethrotomia interna vorzuziehen ist. Man unterscheidet dabei das langsame und das schnelle



Verfahren. Bei dem ersteren kommt das Instrument von Newmann in Anwendung. Dasselbe ist scherenförmig, die eine Branche trägt eine Olive aus Platin, die andere ein Endglied, um den Strom aufzunehmen. Man arbeitet mit Strömen von 3—5 Milliampères 3—5 Minuten lang alle 8 Tage; bis zur vollständigen Heilung sollen 3 Monate vergehen; Newmann's Resultate sind sehr gut. Das schnelle Verfahren bezweckt die Strictur in einer Sitzung zu durchbrechen wie bei der inneren Urethrotomie und zwar durch chemische Zersetzungen, welche der Strom bewirkt. Das Instrument dazu besteht aus einer etwa 30 Cm. langen Schere, an deren einer Branche eine dreieckige Platte von Platin angebracht ist oder vielmehr ein Platinfaden. der einen stumpfen Winkel beschreibt, und dessen Basis von einem Schaft aus Metall gebildet wird. An der anderen Branche befindet sich ein Endglied mit einem Rheofor und einem isolirten Endknopf. Der grösste Durchmesser des Instrumentes übersteigt nicht Nr. 7 Charrière. Eine Batterie von 12 Elementen mit Stromunterbrecher und mit Galvanometer sind dazu nothwendig. Der Einführung des Instrumentes lässt man eine Auswaschung der Urethra mit Borsäure vorangehen und macht zur Anästhesie eine Injection von 2—3% Lösung von Cocain muriat. Man verbindet den in die Urethra eingeführten negativen Pol mit der Batterie, den positiven setzt man auf den Körper des Kranken auf und lässt dann etwa einen Strom von 12 M.-A. durchgehen; man kann auch bis zu 24 M.-A. steigen. Man fühlt nach kurzer Zeit, dass das Instrument weiter eingeführt werden kann, d. h. dass die Strictur durchbrochen ist, worauf man den Strom wieder öffnet. Dann macht man abermals eine Blasenausspülung und lässt den Kranken am besten sich zu Bett legen und laxirende Mineralwässer trinken. Die Wirkung der Instrumente ist wie F. ausdrücklich hervorhebt, keine galvanokaustische. Als Nachbehandlung müssen die Kranken regelmässig bougirt werden, bis man auf Nr. 20 Charrière angelangt ist. Es folgen nun die Krankengeschichten der 20 von F. mit Elektrolyse behandelten Fälle. Die Intensität des Stromes schwankt zwischen 10 Milliampères und 40. Sie richtet sich nach der Toleranz des Patienten. Zu lange darf man den Strom nicht einwirken lassen, weil man sonst Gefahr läuft, auch auf gesundes Gewebe einzuwirken und dadurch neue Stricturen erzeugen kann. So ist es Verfasser in einem Falle auch ergangen. Die Dauer der elektrolytischen Sitzung schwankte in F.'s Fällen zwischen 25" und 10'. Als mittlere Zeitdauer betrachtet er 4 Minuten, als mittlere Stromintensität 20 M.-A. Bei sehr langen unregelmässigen harten Stricturen führt die lineare Elektrolyse oft nicht zum Ziel (in 4 Fällen des Verfassers), oder es ist eine zweite Sitzung nöthig (ebenfalls 4 Fälle). Dagegen ist der Erfolg der ersten Sitzung, auch wenn es nicht gelang, die Strictur zu passiren, immer derartig, dass die subjectiven Beschwerden des Kranken gemildert werden. Macht man dann eine zweite Sitzung, so gelingt es oft noch mit schwachen Strömen und in kurzer Zeit die Strictur zu überwinden. Diese günstige Wirkung der Elektrolyse führt F. darauf zurück, dass der Strom nicht bloss an dem Punkte wirkt, wo die Metallplatte die Schleimhaut berührt,



sondern dass er eine Art von Fernwirkung entfaltet. Der Schmerz bei der Operation wird sehr verschieden angegeben, im Allgemeinen wird jedoch der Eingriff von den Kranken ohne besondere Schmerzen ausgehalten. Blutungen und Fieber nach der Elektrolyse hat F. nie beobachtet, ebenso keine Urininfiltration, wie sie bei der Urethrotomia interna selbst bei geübten Operateuren vorkommt. Was nun die Frage der Recidive anbetrifft, so ist von Desnos berichtet worden, dass er in einer grossen Anzahl von Fällen eine neue Stricturirung auftreten sah. F. erklärt diese Misserfolge dadurch, dass Desnos viel zu starke Ströme nahm (25 bis 30 M.-A.) und sie zu lange (bis 30 Min.) einwirken liess. Er selbst hat unter seinen 20 Fällen 9, in denen nach 1—3 Jahren bei mehr oder weniger gut durchgeführter Sondencur die Strictur sich noch mehr erweitert hatte. In 4 Fällen, in denen gar keine Nachbehandlung stattfand, blieb gleichwohl die Strictur erweitert, wenn auch nur bis auf 14 (Charrière). In weiteren 4 Fällen, in denen keine Nachbehandlung stattfand, und durch die Elektrolyse eine beträchtliche Erweiterung erzielt worden war, trat nach verschiedener Zeit (durchschnittlich 17 Monate) wieder eine Verengerung ein. Gegenüber den vielfachen Vortheilen der linearen Elektrolyse: geringe Schmerzhaftigkeit, keine Nachblutung, keine Urininfiltration, Möglichkeit, die Behandlung ambulatorisch durchzuführen, weiss Verf. bloss einen Nachtheil im Vergleich zur Urethrotomia interna: die Methode ist in einer beschränkteren Anzahl von Fällen durchführbar. F. fasst zuletzt seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen: 1. Bei der Behandlung der Harnröhrenstricturen mit linearer Elektrolyse beträgt die obere Grenze für den Strom 20 M.-A. bei einer Dauer von höchstens 4 Minuten für eine Sitzung. Ist die Zeitdauer eine geringere, so kann man den Strom auch noch stärker nehmen. 2. Die Elektrolyse eignet sich nicht für sehr harte, narbige, unebene, gewundene Stricturen, ferner für solche, die länger sind als 1 Cm. oder complicirt sind mit einem periurethralen Infiltrat. 3. Für alle anderen Stricturen ist die Elektrolyse die beste Methode, weil sie keine Gefahren für den Kranken mit sich bringt und ambulatorisch durchgeführt werden kann. 4. Treten Recidive ein, so kommen sie nicht schneller und sind nicht schwerer als bei der Urethrotomia interna. Uebrigens sind die Resultate der Elektrolyse sowohl lange Zeit nach der Operation wie auch gleich nach derselben ausgezeichnet, wenn man nur die Nachbehandlung nicht vernachlässigt.

Julius Raff (Stuttgart).

Fort. Linear Electrolysis. A New Process in the Treatement of the Strictures.

Fort. Electrolyser for the Surgical Treatement of Strictures. The New-York Med. Jour. Vol. LXII, Nr. 20, d. 16. Nov. 1895.

Fort empfiehlt auf's Wärmste seine auch für Uterus, Oesophagus und Rectum geeignete Methode der Elektrolyse zur Anwendung bei Urethralstricturen. Er hat für diesen Zweck ein Instrument angegeben, welches aus einem langen dünnen biegsamen Bougie besteht, dessen Form von einem Platindrahte gebildet wird; darüber eine dünne Guttapercha-



schicht. Das Bougie wird mit dem negativen Pole eines constanten Stromes in Verbindung gebracht. Die Operation dauert nur Secunden, ist schmerzlos, unblutig und führt nach Fort stets zu dem gewünschten Resultate. Meistens kommt man mit einer Stromstärke von 10 Milliampères aus. 3 Tage nach der Operation kann man schon mit starken Bougies vorgehen. F. hat allein schon 135 Fälle von Oesophagusstrictur auf diese Weise mit Erfolg behandelt. Beigegeben sind Notizen über 10 Fälle von Urethralstricturen. Paul Oppler (Breslau).

Watson. An Analysis of one Hundred Cases of Urethral Stricture Operated upon by Various Methods. Medical and Surgical Reports of the Boston City Hospital. 1895.

Watson hat in den letzten 8 Jahren 100 Fälle von Urethralstricturen operativ behandelt. Von Operationsmethoden kommen zur Anwendung:

Methode	Fälle
Urethrotomia interna bei Stricturen der Pars anterior:	
a) Nach Otis	37
b) Nach Maisonneuve	13
Urethrotomia interna bei Strictur der Pars membranacea	2
Urethrotomia interna, combinirt mit Urethrotomia externa perinealis	24
Urethrotomia externa perinealis	13
Zerreissung von Stricturen der Pars membranacea	4
Urethrotomia int. und ext. nach Garin	5
Resection und Naht bei vorderer Strictur	1
Cystotomia suprapubica und nachfolgende Urethrotomia ext. perinealis	1
Sa.	100

Die Sterblichkeit betrug 4%. Die Einzelheiten der Indicationen und Operationsmethoden sind im Originale nachzulesen. Unter 21 noch später beobachteten Fällen von Urethrotomia interna fanden sich 2 Recidive 4 und 6 Jahre nach der Operation. Von den 4 mit Divulsion behandelten Fällen recidivirten 2. Unter 5 weiter beobachteten Fällen von Urethrotomia externa fanden sich 2 Recidive. Paul Oppler (Breslau).

Tavitian. Etude sur le guajacol et son emploi dans le traitement de l'orchite blennorrhagique. Thèse, Paris 1895.

Tavitian bespricht zunächst das Guajacol vom chemischen und physiologischen Standpunkt und empfiehlt sodann zur Behandlung der Epididymitis unter der Form von Umschlägen 2% Lösung oder von Salben (5 : 30 Vaselin). E. Finger (Wien).

Pucci. Il Guajacol per via epidermica nell'orchite. Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1. Juni 1895, Nr. 66.

Pucci berichtet über den günstigen Einfluss, den das Guajacol bei einem Falle von doppelseitiger Orchitis entfaltet hat. Eine 10%ige Guajacolsalbe wurde auf das Scrotum applicirt, und Fieber sowohl als Schmerzen waren schon am nächsten Tage verschwunden. Die Anwendung des Mittels verursachte ziemlich starkes Brennen. Chinin, welches gegen das Fieber angewendet wurde, hatte keinen Erfolg. P. erwähnt, dass von anderer Seite Application von Guajacolsalben auf die

Wirbelsäule bei Malaria empfohlen wurde; es half in Fällen, in denen Chinin nicht vertragen wurde, Arsen, Antipyrin und Eucalyptus fruchtlos geblieben war. Julius Raff (Stuttgart).

Doléris. Therapie bei weiblicher Gonorrhoe. Nouv. arch. d'obstétr. et de gynécol. Ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1895, p. 145.

Doléris verwirft bei acuter Gonorrhoe jegliche active Therapie und empfiehlt nur Bettruhe, Scheidenausspülungen mit Sublimat und Einlegen von Tampons in die Scheide; bei chronischer Gonorrhoe wendet er Dilatationen des Uterus und intrauterine antiseptische Ausspülungen an. Paul Neisser (Beuthen).

Garofalo. L'ittiolo nelle blennorragie delle donne. Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche, 19. Dec. 1895, Nr. 152.

Garofalo rühmt den günstigen Einfluss des Ichthyols bei der Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. Er glaubt durch eine methodische Ichthyolbehandlung das Uebergreifen der Gonorrhoe auf den Uterus und seine Adnexe verhüten zu können. Julius Raff (Stuttgart).

Tixeron, Louis. Traitement des infections blennorrhagiques chez la femme par le permanganate de potasse. Thèse, Paris 1895.

Tixeron plaidirt während der Anwesenheit von Gonococcen bei weiblicher Gonorrhoe die Behandlung von Janet, mit Kali hypermanganicum-Irrigationen und Injectionen vorzunehmen. Für die Phase secundärer Infection empfiehlt er Irrigationen von Sublimat 1 : 10.000, für bakterienfreie Katarrhe Ichthyol, für Urethra in 1%, für Vagina in 10% Lösung. Ebenso applicirt er bei Bartholinitis und Urethritis externa das Kali hypermanganicum mittelst kleiner Spritze. E. Finger (Wien).

Pryor. The Palliative Treatment of Gonorrhoeal Tubal Disease. New-York Medical Journal. Nov. 1895.

Pryor tritt für eine frühzeitige Punction der gonorrhoisch erkrankten Tuben ein, weil im Anfang der Process selten über dieselben hinausgeht. Er hält die Operation auch für den nicht besonders geschulten Arzt für ausführbar und sah bei dieser Behandlung 80% seiner Fälle ohne Recidiv heilen. Max Pinner (Breslau).

Howard A. Kelly. Gonorrhoeal pyelitis und pyoureter cured by irrigation. Bulletin of the J. Hopkins Hospital 1895, Febr.

Howard A. Kelly hat eine Frau, die an blennorrhagischer aufsteigender Pyelitis litt, durch Catheterisiren und Irrigation der Ureteren geheilt. E. Finger (Wien).

Detchart A. Traitement du rhumatisme blennorrhagique. Thèse, Paris 1895.

Detchard empfiehlt bei gonorrhoischem Rheumatismus die locale Anwendung von Hg-Pflastern, welche Behandlung nach seiner Ansicht sowohl locale, als (durch Resorption des Hg in die Circulation) Allgemeinwirkung äussert. E. Finger (Wien).

Courtin. Traitement de l'arthrite blennorrhagique. Gazette hebdomadaire des sciences médicales, Nr. 34, 1894.



Courtin empfiehlt für die leichteren Formen von gonorrhoischer Gelenkaffection, der einfachen Arthralgie ohne nachweisbare Veränderung und der Synovitis serosa Ruhe und Application von heissen Einpackungen bei gleichzeitig energisch fortgesetzter Bekämpfung der Urethritis. Sollte eine acute Gelenkentzündung event. mit eitrigem Erguss in die Gelenkhöhle eintreten, so ist radicale chirurgische Behandlung angebracht. Max Pinner (Breslau).

Güntz, J. E. Die Verhütung und Behandlung der blennorrhoischen Augenentzündung der Neugeborenen. Aerztlicher Centralanzeiger 1895, Nr. 19. u. 20.

Güntz perhorrescirt alle Behandlungsmethoden der Gonorrhoe als schädlich und unwirksam — mit Ausnahme der von ihm vorgenommenen Ausspülungen der Harnröhre mit Calcaria chlorat. 2 : 100 (zu filtriren!). Vor der Geburt spült er die Scheide mit Thymol (1 : 1100) aus; mit derselben Lösung wird die Lidspalte bei Blennorrhoe bespült; ausserdem Eisumschläge und bei Hornhautgeschwüren Jodoform. J.

Fromaget. Traitement de l'ophthalmie purulente par le formol. Annales d'oculistique, 1895 II.

Fromaget empfiehlt bei Blennorrhoe Formol 1 : 2000 zu Auswaschungen, 1 : 200 zu Einträufelungen; der erfahrene Ophthalmologe wird besser die Cauterisationen mit Argentum nitricum noch nebenbei anwenden. Dieses tödtet die Gonococcen, das Formol verschlechtert den Nährboden. J.

Frothingham. The Use of Strong Solutions of Argentum Nitrate in the Treatment of Ophthamial Neonatorum. Harper. Hospital Bulletin for August 17. 1895. Ref. The Therapeutic Gazette. Vol. XIX, Nr. 216. Dec. 1895.

Frothingham empfiehlt zur Behandlung der Ophthalmoblennorrhoe, im ersten (?) Stadium häufige — mindestens ständliche — Waschungen mit Borsäurelösung oder Sublimatlösung 1 : 5000, im zweiten (?) Einträufeln von 1—2% Argentum nitricum-Lösungen.

Paul Oppler (Breslau).

Verbreitung und Prophylaxe der venerischen Krankheiten. Prostitutionswesen.

Stone A. K. Prostitution. The Relation of the Experience of Europe to the Solution of the Problem in Boston. The Boston Medical and Surgical Journal. XXXIII Nr. 2.

Stone verdankt seine Informationen über das Prostitutionswesen in Europa besonders den Berichten zahlreicher Commissionen, welche in den Jahren 1890—92 sich mit der Lösung der Prostitutions-Frage beschäftigten. — Von den europäischen Staaten ist nur England



ohne die gesetzliche Institution einer Controle der Prostituirten; auch wird dort die öffentliche Anlockung fast gar nicht eingeschränkt. In den Städten der übrigen Länder wird die Controle in der Weise gehandhabt, dass die Mädchen, welche entweder in öffentlichen Häusern untergebracht oder als „Inscribirte" der Polizei bekannt sind, von Zeit zu Zeit einer Untersuchung unterworfen werden. Die in den Statistiken angegebene Zahl der unter polizeilicher Aufsicht stehenden Personen ist meist (z. B. in Paris) viel kleiner als in Wirklichkeit, da noch viele andere der Polizei nicht bekannte Mädchen ihren Unterhalt durch die Prostitution verdienen. Nach den statistischen Berechnungen verschiedener Autoren (Fiaux in Belgien, Bergh in Kopenhagen, Neisser in Breslau, Passavant in Paris u. A.) kann man im Allgemeinen annehmen, dass in Europa etwa 30 bis 50% aller den Behörden bekannten Prostituirten venerisch erkrankt sind. Was die Verbreitung der Syphilis betrifft, so geht aus der Mehrzahl der Berichte hervor, dass diese Krankheit im Zunehmen begriffen ist; dieser Ansicht sind z. B. Vidal, le Fort, Fournier und Mauriac, während für die französische und belgische Armee eine Abnahme der Geschlechtskrankheiten angegeben wird. Nach Blaschko haben in Berlin seit 1856 die venerischen Erkrankungen abgenommen, während Wolf und Neumann dies bestreiten. Uebereinstimmend wird von allen Autoren die Ansicht ausgesprochen, dass die bisherigen sanitären Massregeln zur Verhütung der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unzureichend seien. — Sehr verschieden sind die Vorstellungen über die zur Abwehr nothwendigen Mittel. Während z. B. ein französischer Minister meint, dass für jeden Ort besondere Gesetze erlassen werden müssen, verwirft ein anderer die staatliche Regelung der Prostitution vollständig. Auf dem 10. internationalen Congress zu Berlin stimmte die Mehrzahl für die Unterbringung der Prostituirten in einem bestimmten Stadtviertel und in Bordellen; Andere wieder hielten dies für besonders gefährlich. Thatsächlich lässt sich ein beständiges Herabgehen der Anzahl der öffentlichen Häuser in den grossen Städten constatiren, so in Paris, St. Petersburg und in Antwerpen. Nach allen bisher gesammelten Erfahrungen gibt es also bisher keine allgemein anerkannte Methode zur Lösung der Prostitutionsfrage. Von allen Autoren zugestanden ist der Mangel an Einrichtungen, die erkrankten Prostituirten ausreichend zu behandeln. Indessen darf bei der Aufstellung der Grundsätze der Internirung nicht ausseracht gelassen werden, dass bei allzustrengen Vorschriften die erkrankten Mädchen sich der Aufnahme ins Hospital entziehen (z. B. durch Wechsel des Wohnsitzes) und so die Verbreitung der venerischen Krankheiten begünstigen. — Stone bespricht zum Schluss die Verhältnisse der Prostitution in Boston, die vor der kürzlich vollzogenen Aenderung in der Polizeiverwaltung ausserordentlich ungünstige waren. Es bestand ein ausgedehnter Mädchenhandel und eine grosse Anzahl berüchtigter Bordelle, in denen alkoholische Getränke in unbeschränkter Weise verkauft wurden und sehr häufig verschiedenartige Excesse vorkamen. Seit dem energischen Ein-

schreiten des neuen Polizeipräsidenten hat die Zahl der öffentlichen Häuser und der Prostituirten erheblich abgenommen. Es hätte sich nur ein einziger Uebelstand bemerkbar gemacht, dass nämlich die Prostitution in einzelnen früher verschont gebliebenen Stadttheilen sich ausgebreitet hätte; indessen würde wenigstens hierdurch die Aufmerksamkeit mehr auf dieses Uebel gelenkt und so eine Bekämpfung desselben befördert. Da also bisher ein bestimmtes System zur Unterdrückung der Prostitution nicht existirt, müsse man dieselbe einzuschränken suchen durch eine strenge Beurtheilung dieser Verhältnisse durch die öffentliche Meinung, durch Unterstützung der diesbezüglichen Gesetze, durch Erziehung der Jugend und endlich auch dadurch, dass man die Vermehrung der verbrecherischen Menschenclasse durch Castration und Entfernung der Ovarien vermindert (!), denn die weiblichen Nachkommen dieser verfielen der Prostitution. Gleichzeitig sollte die Verbreitung der venerischen Krankheiten durch die Möglichkeit entsprechender Hospitalbehandlung bekämpft werden. In der dem Vortrag folgenden Discussion berichtet De Blois u. A. über seine Erfahrungen bezüglich des Prostitutionswesens in fremden Städten und in Boston. Hier hatte er Gelegenheit, die Mädchen eines Bordells regelmässig zu untersuchen; er betont die Schwierigkeit und Unzulänglichkeit einer derartigen Controle, zumal wenn eine Unterstützung der Polizeibehörden hierbei fehlt. Folsom weist auf die „Contagious Diseases Acts" hin, welche in einzelnen englischen Districten zum Zwecke der Verminderung der Geschlechtskrankheiten mehrere Jahre lang in Kraft waren. Die Ansichten über die Wirksamkeit dieser Institution waren so widersprechend, dass dieselbe nach kurzer Zeit vom Parlament wieder aufgehoben wurde. Auch die Errichtung der „Locke-Hospitäler" leistete nichts Wesentliches, weil die Internirung der Prostituirten nicht lange genug stattfinden konnte Hinsichtlich der heimatlichen Verhältnisse erwähnt Folsom nur, dass in St. Louis ein Versuch gemacht worden sei, das Prostitutionswesen zu regeln, und bemerkt auf einen Einwand Putnams, dass die Einrichtungen zur Aufnahme geschlechtskranker Frauen in Tewksbury und Bridgewater unzureichend seien. Am Schlusse der Debatte spricht sich Stone noch einmal in dem Sinne aus, dass er die Aufhebung der Bordelle für empfehlenswerth hält; die Geschlechtskrankheiten würden sich sicherer einschränken lassen, wenn die Prostituirten nur einzeln wohnen dürften.

Schäffer.

Lewis, Denslow. What Should the Policy of the State toward Prostitution? Remarks Made at the September Meeting of the Doctors' Club of Chicago. The Provinc. Medic. Journ. XIV. Nr. 168, 2. Dec. 1895 p. 646.

Zur Bekämpfung der Prostitution hält Lewis zunächst sociale Massnahmen für erforderlich, durch welche Hebung des Arbeitslohnes und Eröffnung neuer Berufsarten für Frauen erzielt werden. Ausserdem aber müsse, schon aus Rücksicht auf die Frauen und Kinder der mit Prostituirten verkehrenden Männer, sanitätspolizeilich vorgegangen



werden. Die Vorbedingung für diesbezügliche Einrichtungen — Reglementirung mit periodischen Untersuchungen, wie in Europa, aber unter absoluter Schonung der individuellen Freiheit! — sei jedoch in Amerika die Beseitigung von Staatsgesetzen, die, z. B. in Illinois, nicht nur jede Action gegen die Prostitution, sondern auch die blosse official cognizance derselben verbieten. Bis diese Gesetze abgeschafft sind, könne die Polizei wenigstens dafür sorgen, dass die in Gefängnissen, Asylen etc. untergebrachten Männer auf venerische Krankheiten regelmässig untersucht und eventuell, wenn die krank Befundenen selbst es wünschen, behandelt werden. Endlich solle auch von den Behörden durch Gründung von Specialhospitälern und Ambulatorien die Möglichkeit einer sachgemässen Behandlung, wenigstens in den grossen Städten, erweitert werden. Die Aerzte in denselben könnten manche Infection dadurch verhüten, dass sie die — freiwillig in Behandlung kommenden — Prostituirten über einen prophylaktischen Gebrauch von Antisepticis unterrichten. F. Münchheimer.

Pontoppidan. Die Controle bei der Prostitution und die Ausbreitung der venerischen Krankheiten. Hospitals-Titende X., 20. Ref. Deutsche Med. Zeitg. 1893, 81 p. 917.

Pontoppidan stellt Statistiken über die Häufigkeit der venerischen Krankheiten in Kopenhagen, wo seit 1886 die sanitätspolizeiliche Controle der Prostitution verschärft ist, solchen aus Italien und Norwegen gegenüber. Der Vergleich fällt so ungünstig für die letzteren aus, dass P. die Wiedereinführung der Controle, die ja für Italien im Jahre 1891 durch Aufhebung der lex Crispi nach dreijähriger Wirksamkeit geschah, auch für Norwegen als sicher prophezeit.

F. Münchheimer.

Borowski. W. K. Zur Frage über die Quellen der Syphilisinfection. Woenno-medizinskii Journal 1894, August. (Ref. Jeszenedjelnik 1894, Nr. 45.) Russisch.

Auf Grund eigener Beobachtungen im Kiewer Militär-Spital kam Borowsky in Uebereinstimmung mit vielen anderen Autoren zur Ueberzeugung, dass die Zahl der Ansteckungen mit Syphilis durch die geheime Prostitution bedeutend grösser ist als die durch bordellirte und isolirte Prostituirte, welche unter Aufsicht stehen. Nach der Tabelle von Borowsky (für die letzten 4 Jahre) beträgt die Ansteckung durch die eingetragenen Prostituirten in Procenten ausgedrückt 20·75 für Officiere und 21·5 für Soldaten, während die Infection durch geheime Prostitution für Officiere 79·25% und für Soldaten 78·3% beträgt! A. Grünfeld.

Scarensio. La sifilide ed i vigenti regolamenti contro di essa. Lettura fatta al R. istituto Lombardo di Scienze e lettere nell' addunanza del 7 Marzo 1895.

Bekanntlich wurde im Jahre 1888 in Italien die polizeiliche Ueberwachung der Prostitution aufgehoben. Scarenzio beklagt diese Massregel aufs Tiefste und weist in seinem Vortrage zahlenmässig nach, wie sehr die Syphilis und die venerischen Krankheiten seitdem zuge-



nommen haben. Seit 1891 besteht übrigens eine Besserung insofern, als die Zwangseinschreibung und regelmässige ärztliche Untersuchung wieder eingeführt ist, aber nach Scarenzio ohne besonderen Erfolg. Er weist darauf hin, wie lebhaft die Agitation von Seiten der Aerzte und ärztlichen Vereine ist, um eine Rückkehr zu den Gesetzen vor 1888 zu erlangen, und fordert Alle auf, in ihren Bemühungen nicht nachzulassen.

Raff.

Herzenstein, G. M. Ueber die Massregeln zur Bekämpfung der Syphilis auf dem Lande. Vortrag, gehalten in der Sitzung der russischen syphilidologischen Gesellschaft am 29. April 1895. Jeszenedjelnik 1895, Nr. 26 p. 389—396. Russisch.

Auf Grund angeführter Facta und Behauptungen macht Herzenstein u. A. folgende Schlüsse: 1. Die syphilitischen Erkrankungen im russischen Volke nehmen ununterbrochen zu. 2. In Folge der Bedingungen, welchen die Verbreitung der Lues unterliegt, kann die medicinische Hilfe nicht localisirt werden insbesonders noch aus dem Grunde, weil die Mittel ungeheuer mangelhaft sind. Nur der Staat kann den Kampf gegen dieses Leiden auf sich übernehmen, da er ausser genügenden Mitteln auch das nöthige Aerztepersonal zur Verfügung hat. 3. Die Bekämpfung der Syphilis soll zuerst in den Gouvernements beginnen, welche an der Wolga liegen, und in einigen Gouvernements des centralen Theiles Russlands, wo die Bevölkerung sich mit Gewerben beschäftigt, welche ausserhalb der Heimat betrieben werden müssen. 4. Die Bekämpfung soll durch besondere Colonen, Aerzte und niedere medicinische Chargen (Feldscher etc.) ausgeführt werden; dieselben sollen einzelne Punkte bereisen und eine Zeit lang dort verbleiben. A. Grünfeld.

Petersen, O. W. Ueber die Massregeln zur Bekämpfung der Syphilis in Russland. Wratsch 1895, Nr. 31, p. 865—867. Russ.

Im Anschluss an die von Herzenstein angegebenen Massregeln bespricht Petersen dieselbe wichtige Frage und macht darauf aufmerksam, dass die Bekämpfung der Syphilis resp. die Behandlung derselben von reisenden Colonen absolut unmöglich wird, da die dazu nöthigen Mittel kolossal gross sein müssen. Petersen macht mit Recht darauf aufmerksam, dass in den Residenz- sowie anderen grossen Handelsstädten specielle Spitäler eingerichtet werden müssen, damit die wandernden Arbeiter stets Hilfe bekommen können und nicht in Folge von Platzmangel in den Spitälern sich aufs Land begeben müssten und dort unweigerlich mit Lues extragenital anstecken. A. Grünfeld.

Frinowski, N. E. Zur Organisation des Kampfes gegen die Syphilis auf dem Lande. — Jeszenedjelnik 1895, Nr. 15, p. 217—226. Russisch.

Der Vortrag von Frinowski, gehalten in der St. Petersburger Syphilidologischen und dermatologischen Gesellschaft, illustrirt, wie stark die Syphilis in manchen Dörfern des grossen russischen Reiches verbreitet ist, und mahnt, dieses Unglück zu berücksichtigen und junge Aerzte aufs Land zu schicken und in jedem Dorfe Haus für Haus zu untersuchen

10*



und der Bevölkerung Hilfe zu leisten. In manchen Dörfern constatirte der Autor bis 84% Syphilitiker. A. Grünfeld.

Kjellberg, J Einige statistische Studien über die venerischen Krankheiten in Schweden. Hygiea, Juli 1895.

Kjellberg hat aus den Berichten des Medicinalcollegiums in Schweden für die Jahre 1822—1892 die Anzahl der in den Krankenhäusern behandelten Fälle von venerischen Krankheiten zusammengestellt. Er zeigt, wie unvollständig diese Angaben sind; bis zum Jahre 1871 hat man die verschiedenen venerischen Krankheiten nicht voneinander getrennt; von da an sind sie zwar voneinander getrennt worden, doch ist dieses nur unvollständig geschehen; ausserdem ist es schwer, über die Anzahl der Rückfälle Aufschluss zu erhalten; auch pseudovenerische Krankheiten sind bisweilen unter die venerischen aufgenommen. Ungeachtet des, dass das statistische Material also nicht gut ist, glaubt der Verfasser aus den Angaben, im Grossen und Ganzen genommen, doch Schlüsse über das Vorkommen der venerischen Krankheiten in Schweden ziehen zu können. Er unterscheidet zwischen den Fällen, die in den Krankenhäusern der zwei grössten Städte Schwedens, Stockholm und Gothenburg, und denjenigen, die in den Krankenhäusern der Provinzstädte behandelt worden sind. Es scheint aus ihnen hervorzugehen, dass die Frequenz der venerischen Krankheiten abgenommen hat, dieses jedoch weniger in Stockholm und in Gothenburg, als in den übrigen Theilen des Landes. Auf 1000 der Bewohner des Landes und der Provinzstädte berechnet, ist die Anzahl der in den Krankenhäusern behandelten Fälle von venerischen Krankheiten ziemlich regelmässig von 11·2 (1822) bis auf 0·3 (1892) gesunken. Steigerungen sind zwar vorgekommen; (so z. B. im Jahre 1869 auf 10·1.) Der Verfasser glaebt die Ursache solcher Steigerungen in Misswuchs und schlechten ökonomischen Zeiten zu finden, in denen die Krankheiten sich mehr ausbreiten; doch lässt sich dieser Schluss nicht mit voller Sicherheit ziehen, da in schlechten Jahren, in denen der Arbeitsverdienst gering ist, ein grösseres Procent der venerischen Kranken sich in die Krankenhäuser aufnehmen lässt, wo sie unentgeltliche Pflege erhalten, als in guten Jahren, in denen sie einen besseren Arbeitsverdienst haben. In Gothenburg, vor Allem aber in Stockholm, zeigt die Anzahl der in den Krankenhäusern behandelten Fälle von venerischen Krankheiten grosse Schwankungen, ohne dass man dafür eine völlig befriedigende Erklärung zu geben vermag. — Als ziemlich sicher erscheint es dem Verfasser, dass die Syphilis abgenommen hat. Das Mittel der Anzahl der Tage, welche venerische Kranke in den Krankenhäusern gepflegt worden sind, ist von 56·7 in den Jahren 1851—60 auf 31·2 im Jahre 1892 herabgegangen. Der Verfasser hebt hervor, dass, nach dieser Statistik zu schliessen, die venerischen Krankheiten im Grossen und Ganzen auf dem Lande allmählich an Boden verloren haben und mehr auf die grösseren Städte beschränkt worden sind. E. Welander.

Aldershot. The sanitary and social conditions. The Lancet 30. März 1895.

In einem Bericht über das Truppenlager zu Aldershot wird darauf hingewiesen, dass vielfach die Frauen der zum Dienst in das Ausland geschickten Soldaten zur Prostitution getrieben werden. Bei ihrer grossen Armuth sinken sie bald auf die tiefste Stufe gefallener Frauen. Theilweise schlafen sie unter freiem Himmel und oft werden Vergehen gegen die Sittlichkeit unter dem Schutz von Bäumen, Dämmen, Ginster etc. begangen. Es gibt kein Gesetz, um das Betragen dieser Frauen zu regeln, sie in Behandlung zu bringen, wenn sie krank sind, sie Reinlichkeit zu lehren und sie in Berührung mit jenen Einrichtungen zu bringen, die ihnen zu einem besseren Leben verhelfen würden. In Folge dessen sind Syphilis und andere ansteckende Krankheiten vorwiegend in Aldershot. Wenn alle Arten venerischer Krankheiten für Grossbritannien zusammengerechnet werden, so beträgt die Gesammtaufnahme pro mille 194·6 und das Verhältniss der beständig verpflegten Kranken 16·68 für das Jahr 1893. Vergleicht man dies mit dem Durchschnitt der letzten 7 Jahre, so ergibt sich eine Abnahme in den früheren Jahren von 29·0 und im letzten von 0·79. Im Verhältniss zum vergangenen Jahre beträgt die Abnahme bei den Aufnahmen 6·6 pro mille, während in Aldershot statt einer Abnahme eine Zunahme von 36·9 pro mille zu verzeichnen ist. – Wenn man die Ziffern der letzten wenigen Jahre nimmt, während deren die „Contagious Diseases Acts“ in Kraft waren, so findet man das Verhältniss der Aufnahmen wegen venerischer Krankheiten 1878 zu 136·36 1879 zu 163·35; 1880 zu 197·78; 1881 zu 211·58 und 1882 zu 261·13 pro mille. Wie weit dieses offenbare Anwachsen der Zahlen einer weniger strengen Anwendung des Gesetzes zuzuschreiben ist, besonders zu einer Zeit, als man damit umging es abzuschaffen, oder dem Eintreffen einer besonders grossen Zahl von Recruten, ist schwer festzustellen. Die neuen Zahlen waren schwer zu erlangen und scheinen eher niedriger zu sein. Unter dem Capitel „Venerische Krankheiten“ war das Verhältniss der letzten drei Jahre 252·3; 210·3 und 156·6 pro mille. Aber diese Zahlen schliessen nicht Geschwüre des Penis und Balanitis mit ein. Nimmt man diese dazu, so steigen die Zahlen auf 260·03; 221·3 und 189·8 für die Jahre 1890—1891, 1891—1892 und 1892—1893. Da 1893 ein Ansteigen von 36·9 zu verzeichnen hat, so würde die Zahl für dieses Jahr 226·7 pro mille betragen. — Betrachtet man die grossen Schwankungen, die stets bei solchen Krankheiten stattfinden, so sieht man, dass man keinen deutlichen Unterschied im Vorwiegen venerischer Erkrankungen vor und nach der Abschaffung der Contagious Diseases Acts feststellen kann Man muss aber dabei berücksichtigen, dass bei diesen Zahlen Gonorrhoe eingeschlossen ist, für deren Eindämmung jenes Gesetz nichts helfen konnte. Die Nützlichkeit solcher Gesetzgebung wird am besten festgestellt, wenn das Vorherrschen secundärer Syphilis studirt wird, bei der ja ein Irrthum ausgeschlossen ist. So war z. B. 1893 in Grossbritannien das Verhältnis der ins Hospital wegen secundärer Syphilis Aufgenommenen 31·8 pro mille, die Zahl der beständig Kranken 3·31 pro mille. Die Zahlen für England und Wales waren höher, nämlich 37·4 und 3·74 und der



Durchschnitt der letzten 7 Jahre in England und Wales war 39·5 und 3·66. Nimmt man anderseits die Insel Malta, wo eine Contagious Diseases Act in Kraft ist, so betrug die Zahl der wegen secundärer Syphilis Aufgenommenen 1893 13·3 pro mille und die Zahl der beständig Kranken nur 1·69. Der Durchschnitt auf Malta von 1886—1892 beträgt 14·6 pro mille et anno und die Zahl der beständig Kranken 1·42. Oder in runden Zahlen: auf 3 an secundärer Syphilis leidende Soldaten von Grossbritannien, wo keine Contagious Diseases Act in Kraft ist, kommt nur 1 kranker Soldat auf Malta, wo ein solches Gesetz zu Recht besteht. Zieht man alle Arten venerischer Krankheiten in Rechnung, so bietet die Statistik für Malta nicht den gleichen, überraschenden Unterschied, aber sie ist immerhin günstiger als die Berichte daheim. 1893 betrugen die Aufnahmen in Grossbritannien 194 und die Zahl der beständig Kranken 16·38, während sie für Malta 122·3 und 10·56 lauten. Von 1886—1892 betrug der Durchschnitt der Aufnahme wegen aller Art venerischer Krankheiten 91·6 und der beständig Kranken 7·39 pro mille. Im Grossen und Ganzen spielen bei diesen Verhältnissen auch die socialen Zustände eine erhebliche Rolle, und diese haben sich in der britischen Armee glücklicherweise gebessert. Es sind allmählig immer bessere und intelligentere Elemente in das Heer eingetreten, in Folge dessen sind die Mannschaften auch mässiger und sauberer. Zugleich hat man bei den neuen Baulichkeiten dafür gesorgt, dass die Soldaten das Bedürfniss persönlicher Sauberkeit leichter befriedigen können. Dadurch sind die üblen Folgen der Aufhebung der Contagious Diseases Acts theilweise abgewendet worden. Die Zustände würden sonst noch weit schlechter sein. Immerhin sind sie schlimm genug, da sich von 4 Soldaten in Aldershot einer jährlich inficirt. Dies bedeutet aber nicht nur eine Reduction in der Schlagfertigkeit der Armee, sondern zeigt auch, dass die venerischen Krankheiten unter der Civilbevölkerung sehr stark auftreten. Sternthal.

The health of the navy in 1893. The Lancet 19. Jan. 1895.

Lancet bringt einen kurzen Auszug aus dem Bericht über den Gesundheitszustand der englischen Flotte im Jahre 1893. Aus demselben ist erwähnenswerth, dass die constitutionelle Syphilis im Jahre 1893 im Vergleich zu den letzten 6 Jahren ein Anwachsen zeigt. Unter den Ursachen, die in der Flotte die Mannschaften vorübergehend dienstunfähig machen, nehmen die venerischen Krankheiten gewohnheitsmässig einen Hauptrang ein. Bei 60.120 Officieren und Mannschaften traten 1893 in 9321 Fällen venerische Erkrankungen auf; davon waren 3106 primäre Syphilis, 1593 secundäre Syphilis, 4622 Gonorrhoe und deren Folgen Die Zahl der Invaliden in Folge dieser Krankheiten war 193 und es traten 5 Todesfälle ein. Der Verlust, den die Nation an der Zahl der Seeleute erleidet, und der Zeitverlust während der Dienstunfähigkeit, ganz abgesehen von den unmittelbaren und ferneren Folgen derartiger Krankheiten, gibt Stoff zu ernsten Erwägungen. Sternthal.

The report of the Sanitary Commissioner to the Governement of Jndia for 1893. The Lancet 30. März 1895.

Aus dem Bericht sei die Bemerkung hervorgehoben, dass die europäische Armee in Britisch-Indien, die 1893 aus 70.000 Mann bestand, in diesem Jahre 32.663 Erkrankungen an venerischen Krankheiten hatte d. i. 466 pro mille gegen 410 pro mille 1892. Die venerischen Krankheiten betrugen 33% aller Krankheiten überhaupt. Sternthal.

Wwedensky, A. A. Ueber die Erkrankungen der Prostituirten auf der Messe zu Nischni-Nowgorod, zusammengestellt nach den Daten des dortigen Frauen-Spitals. S.-A. aus Westnik Obrschtschestwennoj Gigieny, Sudebinoy i Praktitscheskoj Medizini. Bd. XXVI. 1895. Russisch.

Wwedensky schildert den wirklich traurigen Zustand der kranken Prostituirten in dem sehr engen Raume des Frauen-Spitals zu Nischni-Nowgorod, woselbst die Betten stets mit der doppelten Menge von Kranken überfüllt waren. Aus dem Berichte ist weiter zu entnehmen, wie kolossal gross der Unterschied ist in der Zahl der venerisch erkrankten Prostituirten, falls dieselben von einem Specialarzte untersucht werden und macht darauf aufmerksam, dass die Controle über die Prostituirten stets nur Fachmännern überlassen werden darf. Die Zahl der Syphilitischen in den letzten 4 Jahren betrug 403 (im Jahre 1891 5·76%, 1892 12·12%, 1893 13·43%, 1894 9·96%). An weichen Schanker litten durchschnittlich 2—5%. An Gonorrhoe schliesslich 7·25—9·84%. Berichte über die Untersuchungen der Prostituirten sind von den Frauen-Aerztinen Eltzina und Cholewinskaja publicirt und in diesem Archive referirt. A. Grünfeld.

Eltzina, Mme Z. — La prostitution à la foire de Nijni-Novgorod et sa réglementation. — Gazette Hebdomadaire de Méd. et de Chir. 1894. Nr. 35.

Mme. Eltzina berichtet über die Erfahrungen, die sie als Mitglied einer Commision zur Ueberwachung der Prostitution während der Messen in Nischni-Nowgorod, dem bedeutendsten Markte Russlands, gesammelt hat. Durch den grossen Fremdenverkehr und das massenhafte Zuströmen von Prostituirten bilden diese Märkte gewissermassen ein Infectionscentrum für ganz Russland. — Die Controlmassregeln beginnen damit, dass die zugereisten Prostituirten ihren Pass bei der Polizei abgeben und sich darauf der Sanitätsbehörde vorstellen. Sie erhalten hier eine Karte, die mit ihrem Namen, einer laufenden Nummer und mit ihrer Photographie versehen ist. Der Stempel gibt das Datum des Untersuchungstages an, der auch in ein Register eingetragen wird. Falls die Untersuchte sich als krank erweist, wird die Diagnose lateinisch auf der Karte vermerkt und die Inhaberin sofort in das nahe gelegene Krankenhaus überführt, wo sie kostenlos behandelt wird. Für die Uebrigen erfolgt zweimal wöchentlich eine gründliche Untersuchung in einem geräumigen, mit ausreichenden Nebenzimmern versehenen Local. Die Anwendung des Speculums ist hierbei obligatorisch für alle neu Eingeschriebenen und für alle syphilitisch Erkrankten. Bei den übrigen erfolgt sie einmal wöchentlich. — Da die früher übliche Untersuchung eines Theils der Prostituirten in ihrer Wohnung sich wegen der oft

mangelhaften Licht- und Raumverhältnisse als unzureichend erwiesen hat, haben sich neuerdings alle ohne Ausnahme in dem Controllocal vorzustellen. Die Untersuchung erfolgt zweimal wöchentlich und wird principiell auf den ganzen Körper ausgedehnt. — Schlussfolgerungen: 1. Jeder normal lebende Mensch hat ein absolutes Recht auf Freiheit. 2. Wer nicht normal lebt, und, mit oder ohne Absicht, die Gesundheit seines Nächsten zu schädigen beginnt, muss wie ein schwaches oder unzurechnungsfähiges Wesen überwacht werden. Dieser Fall liegt vor bei den Prostituirten und denjenigen ihrer männlichen Besucher, die krank sind. Daraus folgt: 3. Die Nothwendigkeit einer Ueberwachung der Prostituirten und ihrer Besucher. — 4. Die Abschaffung der obligatorischen Controle befördert die Ausbreitung der Syphilis. — Ferner: Die Untersuchung ist ausschliesslich durch Syphilidologen, am besten durch weibliche Aerzte, auszuführen. Die richtige Technik der Untersuchung ist wichtiger als ihre Häufigkeit. Polizeiliche Intervention ist möglichst zu vermeiden. Die Besucher sollten sich stets die Karte vorzeigen lassen. Günsburg.

Cholewinskaja, M. M. Bericht über die Besichtigung der Prostituirten auf dem Samokater Beobachtungspuncte der Messe zu Nischni-Nowgorod pro 1893. Wratsch, 1894, Nr. 17, p. 487—491. Russisch.

Die Zahl der während der Messe beobachteten Prostituirten (vom 15. Juli bis zum 8. September) beträgt nach Cholewinskaja 805. Von diesen wurden als Kranke erkannt 260. In Procentzahlen ausgesprochen, litten an Syphilis 14.78%, an Ulcus molle 5.83%, an Gonorrhoe 6.58% und an anderen Erkrankungen 9.81%. — Der Bericht illustrirt zugleich, wie mangelhaft noch die Beobachtung der Prostituirten auf der Weltmesse ist, da dieselben nicht rechtzeitig zur Beobachtung gelangen, sondern erst nach 2 bis 3wöchentlicher Thätigkeit. — Die Folgen für die aus allen Theilen der Welt herkommenden Kaufleute sind zu klar. A. Grünfeld.

Cholewinskaja, M. M. Bericht über die Untersuchung der Prostituirten auf dem Samokater Beobachtungspunkte während der Messe zu Nischni-Nowgorod im Jahre 1894. Wratsch 1895, Nr. 16. und 17, p. 438—439 und 471—474. Russisch.

Der Bericht von Cholewinskaja hat mehr inländisches Interesse und ist aus demselben zu ersehen, wie mangelhaft die Beobachtung von Seiten der Behörde geführt wird. Cholewinskaja proponirt daher rechtzeitig Massnahmen zu ergreifen und die Beobachtung in die Hände des Medicinal-Departements zu übergeben, welches schon in diesem (1895) Jahre seine Thätigkeit beginnen soll, da im Jahre 1896 die grosse russische Ausstellung in Nischni-Nowgorod stattfinden wird.

A. Grünfeld.

Rasch. Ueber das Klima und die Krankheiten im Königreich Siam. Virchows Archiv Bd. 140. Heft 2. 1895.

Nach einer längeren Einleitung, in der Rasch sich mit der Schilderung des Landes und der Lebensweise der Einwohner, dann mit den klimatischen Verhältnissen befasst und viele, sehr interessante Mit-



theilungen macht, kommt er zu den im Königreich Siam herrschenden Krankheiten. Unter den Infectionskrankheiten interessirt uns zunächst das, was er über die Syphilis und Lepra erzählt. Vorausschicken möchte ich noch seine Bemerkung, dass die Polygamie in Siam in vollster Blüthe steht. Die Verbreitung der venerischen Krankheiten ist eine sehr grosse; nach R.'s Erfahrungen kommen auf 100 Kranke Siamesen 33—37 venerisch Erkrankte. Wie lange die Lues im Lande herrscht, ist nicht zu eruiren; ihr Verlauf ist klinisch etwas anders als bei uns. Der Primäraffect stellt sich auffallend schnell (am 4.—5. Tage p. c.) fast ausnahmslos in der Form eines phagedänischen Schankers ein, der zunächst eine grosse Neigung zur Ausbreitung in die Tiefe zeigt, aber nach gründlicher Reinigung des Geschwürs (ev. mit dem scharfen Löffel) und unter Jodoformbehandlung schnell heilt. Auffallend schnell treten auch die secundär-syphilitischen Symptome auf, denen stets das Zwischenstadium der Bubonen vorausgeht. 8—14 Tage nach dem Erscheinen des Primäraffectes schwellen die Inguinaldrüsen an, werden schmerzhaft, und es kommt in den meisten Fällen zur Vereiterung, in anderen bilden sich die starken Entzündungserscheinungen zurück und es kommt zu einer Induration. Während des Bestehens der Bubonen kommen bereits Allgemeinerscheinungen — allgemeine Drüsenschwellung, Roseola und vor Allem sehr ausgeprägte Gelenkschmerzen — zum Ausbruch. Die letzteren bestehen oft mit Exacerbationen und Remissionen während mehrerer Jahre weiter. Anfänglich ist ausser starker Schmerzhaftigkeit in den Gelenken — bes. Knie- und Fussgelenke werden befallen und zwar fast stets symmetrisch, — nichts nachweisbar; später treten dann oft Schwellung, Röthung und Exsudationen auf. Die Schmerzen sind in kühlen Morgenstunden am stärksten. Die Drüsenschwellung besteht nicht in einer indolenten Schwellung, sondern die Drüsen sind acut intumescirt und fühlen sich eher weich als hart an. Zu den Gelenkschmerzen gesellen sich dann die Knochenaffectionen — diffuse Schmerzen in den Knochen bes. im Sternum, Tibia und Ulna. Dazu stellt sich in den meisten Fällen eine specifische Bronchitis ein, die auf Darreichung von Jodkalium verschwindet. Sehr schnell — schon im Verlaufe von 2 Monaten — kommt es bei ungenügender Behandlung zu schwerer Kachexie, die allerdings durch den Gebrauch von Jodkalium schnell wieder gehoben wird. Hautsyphilide sind sehr viel seltener las in Europa; sehr selten sah der Verf. Lues des Centralnervensystems. Was die Behandlung anlangt, so erwähnt R. nur das Jodkalium, das eine sehr glänzende, viel energischere Wirksamkeit zeigt als in Europa und viel besser vertragen wird. R. fasst seine Ansichten über die Syphilis in den Tropen in folgende 3 Sätze zusammen: 1. Das syphilitische Virus schafft sich schneller eine Eingangspforte und dringt schneller in den Körper ein. 2. Die Allgemeininfection kommt in viel kürzerer Zeit zustande als in Europa. 3. Der Verlauf der Erkrankung ist stets ein viel acuterer als in Europa.

Lasch.

Buchanzeigen und Besprechungen.

Merget, A. Mercure. Action physiologique, toxique et thérapeutique. Bordeaux et Paris. 1894. 402 Seiten.

Besprochen von Prof. J. Jadassohn in Bern.

Ich glaube die Verpflichtung zu haben, auch jetzt noch — trotzdem schon über 2 Jahre seit dem Erscheinen verflossen sind — die Fachkollegen auf ein Buch aufmerksam zu machen, das unser Interesse in hohem Grade verdient. Der Verf. ist vor der Drucklegung des Werkes gestorben; Bordier und Cassaët haben die Herausgabe besorgt. Von den Bestrebungen Merget's, die Syphilis durch Quecksilber in Dampfform zu behandeln, ist in diesem Archiv einmal (Bd. XXXI p. 302) kurz berichtet worden. Es ist aber bei dem praktischen und theoretischen Interesse, das diese Frage besonders auch durch die Bestrebungen Welander's die „Ueberstreichungsbehandlung" einzuführen gewonnen hat, nothwendig die monographische Bearbeitung, welche Merget der Wirkung des Mercur, besonders des dampfförmigen auf Grund zahlreicher, eigener Untersuchungen und eingehender historischer Studien gewidmet hat, Jedem, der sich auf diesem Gebiete genauer orientiren oder selbst bethätigen will, dringend zu empfehlen.

Es ist nicht möglich, im Rahmen dieser Besprechung auch nur einen kleinen Theil des thatsächlichen Materials wiederzugeben, das der Verf. verwerthet hat.

Nur das Wichtigste sei kurz hervorgehoben: Die grosse Fähigkeit des Hg zu Diffussion durch gasförmige wie durch flüssige Medien wird eingehend studirt; für den Nachweis der Hg-Dämpfe in Spuren wird der Gebrauch von „reactiven Papieren" speciell mit ammoniakalischer Argentum-nitricum-Lösung; zur Auffindung des Hg in Flüssigkeiten und Geweben die Zerstörung der organischen Substanzen mit heisser Salpetersäure, Präcipitirung auf Kupfer. Nachweis mittels des „empfindlichen Papiers" empfohlen. (Alle Details siehe im Original.) Die toxische Wirkung reiner Hg-Dämpfe bei niedrigerer Temperatur, als die der Versuchsthiere es ist, wird an verschiedenen Thiergattungen experimentell erwiesen; sie findet ausschliesslich durch die Respirationswege statt; continuirliche Einathmung mit Hg-Dämpfen gesättigter Luft tödtet die Thiere



sicher und zwar um so schneller, je kleiner sie sind; dem Tode gehen nur nervöse Symptome vorher; die anderen Organe bleiben bei dieser Art Intoxication vollständig frei, trotzdem Hg in ihnen allen und zwar in sehr verschiedener Menge — am meisten in den Nieren, dann in Leber, Lungen, Gehirn etc. — nachzuweisen ist; die Nervenerscheinungen machen sich bei den höheren Thieren sehr spät und langsam geltend; sie heilen, wenn man die Hg-Dämpfe fortlässt. Nicht mit Hg gesättigte Luft ist nicht toxisch; ebensowenig tritt die toxische Wirkung ein, wenn die Hg-Dämpfe nur discontinuirlich zugeführt werden.

Dagegen wirken diese bei höherer Temperatur und der Staub des Metalles oder seiner Verbindungen, indem sie zu einer acuten Intoxication (mit Stomatitis, Lungen- und Darmerscheinungen etc.) führen; die Bedeutung dieser Erfahrungen für die Hygiene der mit Hg beschäftigten Arbeiter liegt auf der Hand.

Die Hg-Dämpfe dringen nach Merget — entgegen der vielfach vertretenen Anschauung, dass sie sich zunächst in Sublimat etc. umwandeln — mechanisch durch das Lungenepithel in das Blut und mit diesem in alle Theile des Körpers, ohne dass sie ihren „metallischen Zustand" verlieren. In dieser Form, „en nature" wirkt das Hg auch auf die Syphilis. Die Einreibungen führen, wie M. durch eigene Experimente zeigt, nur durch die Respiration zur Resorption des Hg; gesunde Haut wird vom Hg weder in unverändertem Zustande noch nach irgendwelcher Modification durchdrungen. Auf Grund dieser Anschauung schlägt der Verf. vor, die Frictionen aufzugeben und statt deren die Einathmung von Hg-Dämpfen einzuführen. Er benützt Flanell, den er zuerst in saures Hg-Nitrat und dann in Ammoniakwasser eintaucht — das Hg ist auf diesen Flanellen sehr fein vertheilt; man lässt dieselben in der Nacht um den Hals tragen oder fixirt sie unter der Leinwand des Kopfkissens; von der Wirksamkeit dieser Methode hat sich nicht nur der Verf. selbst, sondern auch Rivière und Frézouls überzeugt; dieselbe bringt nie Stomatitis oder Salivation hervor — eine Thatsache, die um so auffallender ist, als Merget bei sich selbst über 3 Monate hindurch bei Anwendung dieser Methode (zum Theil Tag und Nacht) die tägliche Ausscheidung von 6—9 Mgr. Hg (in Urin und Faeces) constatirt hat; nur wenn die Hg-Dämpfe bei höherer Temperatur (z. B. in der Achselhöhle) entwickelt



werden, kommt eine Stomatitis zu Stande. Die Hg-Präparate, welche per os oder subcutan in grossen Dosen eingeführt werden, wirken alle dadurch, dass sie in Hg reducirt werden; die localen Reizwirkungen der Hg-Präparate führt M. auf die Säuren zurück, welche mit ihnen verbunden sind oder welche durch ihre Reduction frei werden; ihre Allgemeinwirkungen beruhen auf der Absorption der Chloralbuminate oder der der „Oxydalbuminates hydrargyro-alcalins", welche das Haemoglobin frei machen.

In schwachen Dosen und lange Zeit angewendet bringen die Mercurpräparate nervöse Symptome speciell das Hg-Zittern hervor — dieser chronische Mercurialismus ist dem „professionellen" ganz gleich. Schliesslich betont Merget auf Grund seiner literarischen Studien und speciell gestützt auf die bekannten Kussmaul'schen Angaben, dass die Mercurialisirung durch Hg-Dämpfe (aber nur diese!) vor Syphilis-Infection schützt. (Er drückt sich in dieser Beziehung allerdings wesentlich zuversichtlicher aus, als Kussmaul, welcher ausdrücklich nur eine „beschränkte Immunität der Quecksilberarbeiter, falls sie mercurialisirt sind", annahm.)

Aus diesen kurzen Bemerkungen geht wohl zur Genüge hervor, wie viel Belehrung und Stoff — auch zu Nachuntersuchungen der neuen Anschauungen des Verfassers, deren Kritik hier nicht versucht werden sollte — in dem sehr anregend geschriebenen Buche zu finden ist.

Berdal, Henri. Traité pratique des maladies vénériennes. Paris. A. Malovine. 1897. 679 Seiten.

Besprochen von Prof. J. Jadassohn in Bern.

Ein neues Lehrbuch bedarf immer in einem gewissen Umfang der Entschuldigung: denn wenn schon ältere vorhanden sind, die gutes leisten, wozu ein neues schreiben? In seinem empfehlenden Vorworte zu dem Buche Berdal's gibt Tenneson als Grund für die Abfassung des neuen Werkes an: Die Wissenschaft marschirt so schnell, dass die neuesten Bücher schon nicht mehr auf der Höhe stehen. Das Buch Berdal's ist nun in der That ganz modern, und zwar im besten Sinne des Wortes; denn es vernachlässigt das Altbewährte nicht, aber es bringt alles Wesentliche, was in den letzten Jahren auf dem Gebiete der venerischen Krankheiten geleistet worden ist und es betont doch diese neuen Er-



rungenschaften nicht in so ungerechter unhistorischer Weise, wie das manchmal grade in Büchern junger Autoren zu finden ist.

In dem vorliegenden Bande — ein zweiter über Syphilis soll folgen — werden die Gonorrhoe, die „venerischen nicht syphilitischen Ulcerationen der Genitalien“ und die „paravenerischen Affectionen“ behandelt. Auf die klinische Darstellung und auf die Therapie wird das Hauptgewicht gelegt; sowohl die Symptome der einzelnen Affectionen, wie die Differentialdiagnose werden in sehr detaillirter Weise erörtert; in dieser Art der klinischen Kleinmalerei excelliren ja gerade unsere französischen Collegen; sie legen mit Recht grossen Werth auf die Schilderung auch der scheinbar unwesentlichen Dinge, welche gewiss dem Erfahrenen oft überflüssig erscheint, es aber für den Lernenden ganz und gar nicht ist. Dabei schützt auch in dem Berdal'schen Buche die übersichtliche Disposition und die Recapitulation des Wesentlichen in Form von Thesen den Leser davor, dass er über dem Detail die grösseren Gesichtspunkte vergisst. Besonders in der Therapie kann ein Lehrbuch kaum zu eingehend sein — wenn man sieht, wie oft aus an sich vortrefflichen Vorschriften in der Hand des Nicht-Erfahrenen (freilich auch leider allzuoft des Nicht-Denkenden) etwas Unnützes, ja Schädliches wird, wird man die bei der Lectüre wohl etwas ermüdende Breite in der Darstellung der Therapie im Interesse der Lernenden und der Leidenden dankbar begrüssen. Die Darstellung ist überall klar, die beigegebenen Abbildungen zwar nicht sehr zahlreich, aber doch zur Illustration der praktisch wichtigsten Dinge ausreichend, wenngleich die Ausführung nur mässigen Ansprüchen genügt.

Was den Inhalt des Werkes selbst angeht, so ist derselbe m. E. ein erfreuliches Zeichen dafür, wie sehr durch die Zunahme des internationalen wissenschaftlichen Verkehrs die Differenzen der „Schulen“ abgenommen haben. Die Gonorrhoe wird vom streng bakteriologischen Standpunkte aus abgehandelt; auch die des Weibes und die des Auges, welche sonst in den Büchern der Syphilidologen meist zu kurz kommen, werden eingehend geschildert; der Rheumatismus wird ausführlich, die „seltenen Complicationen“ entsprechend ihrer geringeren praktischen Bedeutung ganz kurz abgehandelt.

Unter den nicht-syphilitischen venerischen Ulcerationen nimmt die erste Stelle natürlich das Ulcus molle ein. Der Verfasser er-



kennt den Ducrey'schen Bacillus an und bespricht die Methoden seines Nachweises, dem er eine grosse praktische Bedeutung zuerkennt; die Darstellung der Varietäten des weichen Schankers und seine Differentialdiagnose ist sehr gut gelungen. Bei den Bubonen sind die neueren Arbeiten, welche die Bedeutung der Mischinfection mit pyogenen Mikroorganismen so sehr herabgemindert haben, noch nicht berücksichtigt. Ein eigenes Capitel, dessen Ausführlichkeit durch das Interesse des Vaters für sein Kind entschuldigt ist, wird der „Balanoposthite érosive circinée" gewidmet, die Berdal im Verein mit Bataille beschrieben und als eigene specifische Infectionskrankheit aufgefasst hat (cf. dieses Archiv 1890 p. 668). Die diesem Capitel beigegebenen Abbildungen illustriren die Resultate, welche mit der Inoculation dieser Affection in Serien erzielt worden sind, in sehr anschaulicher Weise; die Affection, deren klinische Eigenart der Ref. ohne Weiteres zugeben möchte, scheint in Paris häufiger zu sein, als in Deutschland. Für weniger scharf charakterisirt halte ich die „Balanite pustulo-ulcéreuse" Du Castel's.

Unter dem Namen der „paravenerischen Affectionen" fasst Berdal den Herpes genitalis, die Vegetationen Phimose und Paraphimose, Phthiriasis und Scabies zusammen. Es ist gewiss richtig, dass eine Darstellung dieser Krankheiten in einem Lehrbuch der Venereologie nicht fehlen darf. Ein sehr ausführliches „Formulaire" schliesst den ersten Theil des Werkes. Auch wo man von den Anschauungen Berdal's abweicht — und der Ref. gesteht, dass das in manchen Punkten bei ihm der Fall ist — muss man der unparteiischen Darstellung seine Anerkennung zollen. B. empfiehlt die abortive Methode der Gonorrhoe-Behandlung nur für die allerersten Stadien der Infection (mit ganz schwachen Lösungen von Kali hypermanganic.) und bricht eine Lanze für die classische „methodische Behandlung der Gonorrhoe"; er vermeidet die wirklich locale Therapie der acuten Gonorrhoe bei der Frau; er ätzt das Ulcus molle mit Chlorzink etc. etc. Da aber überall die verschiedenen Anschauungen ausführlich wiedergegeben sind, thun solche Abweichungen von dem, was uns als das empfehlenswertheste erscheint, dem Werthe des Buches keinerlei Eintrag. Dasselbe kann somit warm empfohlen werden.

Bergmann, Dr. Ad. von. Die Lepra. Deutsche Chirurgie. Lieferung 10b. Stuttgart. Verlag von F. Enke 1897.

Angezeigt von Prof. Doutrelepont in Bonn.

Zu passender Zeit, in welcher die Leprafragen wieder lebhafter discutirt werden, neue Lepraherde auftauchen und immer mehr einzelne Leprafälle von Gegenden, wo der Aussatz endemisch vorkommt, importirt in Europa beobachtet werden, erscheint dieses Buch. In 112 Seiten gibt uns der Verfasser, ein erfahrener Lepraforscher und Direktor des Leprosoriums zu Riga, einen vollständigen Ueberblick über die einzelnen Fragen, welche sich auf Lepra beziehen.

Nach einem Literaturverzeichniss, welches die letzten 10 Jahre umfasst, hinsichtlich der älteren Arbeiten wird auf Leloir's Traité de la Lèpre verwiesen, gibt von Bergmann einen genauen Bericht über die Geschichte und die geographische Verbreitung der Lepra. Im 2. Capitel folgt die Aetiologie, wobei alle bezüglichen Ansichten genau, kurz und klar besprochen werden; besonders die Ansichten der Vertreter der Contagiosität und ihrer Gegner werden sorgfältig aufgezählt und erwogen, die Thatsachen, welche für oder gegen die einzelnen Ansichten aus der Literatur herangezogen werden können, scharf und klar gegenübergestellt, wobei der Autor selbst sich als Anhänger der Contagiositätslehre bekennt. Die Fälle, welche zur Entscheidung der Incubationszeit des Aussatzes dienen können, werden aufgeführt. Der Verfasser nimmt einen Primäraffect, welcher bald nach der Infection auftritt, dem aber nur nach mehreren Jahren die allgemeinen Symptome folgen, an und vergleicht dieses initiale Infiltrat der Lepra mit der Initialsklerose der Lues, gibt aber an, dass durch die Exstirpation desselben der Ausbruch der Allgemeinsymptome nicht zu verhindern ist, was direct dagegen spricht, dass die Entstehung der Lepra ein ausschliesslich localer Vorgang sei. In demselben Capitel werden die Prodrome der Krankheit ausführlich behandelt. Das 4. Capitel ist dem Leprabacillus und der pathologischen Anatomie gewidmet; die bis jetzt vergeblichen Züchtungsversuche und die negativen Resultate der Versuche die Lepra auf Thiere zu übertragen finden ihre Aufzählung und Beurtheilung. Bei der Besprechung der Verbreitung des Leprabacillus in den verschiedensten Organen erklärt



der Verf. die Erkrankung der Lungen und des Darmes bei Lepra für noch nicht sicher entschieden und behauptet, dass trotz regelmässiger Erkrankung der Nieren der Bacillus nicht aufzufinden ist. Dagegen möchte ich hervorheben, dass die Bacillen in den Nieren häufiger gefunden worden sind, dass die lepröse Erkrankung der Lungen auch von Hansen nach den Befunden von Dr. Lie und von uns zugegeben wird (cf. A. Hansen, Leprosy Medical Annual 1897) und dass in dem Falle, welchen ich mit Wolters beschrieben habe, nicht allein eine deutliche rein lepröse Erkrankung der Lungen und Nieren constatirt wurde, sondern zum ersten Male auch der Darm eine sichere Erkrankung an Lepra mit zahlreichen charakteristischen Leprabacillen aufwies (dieses Archiv Bd. 34, p. 55). In diesem Aufsatze finden sich auch die früheren Nachweise von Leprabacillen in Nieren und Lungen aufgeführt. Im 5. und 6. Cap. bespricht v. B. die Symptomatologie und den Verlauf der Lepra in ihren beiden Formen der Lepra tuberosa und Lepra nervorum. Das 7. Capitel handelt von der Diagnose und Differentialdiagnose, alle Erkrankungen, welche mit der Lepra verwechselt werden könnten, bespricht der Verf. eingehend und hebt klar die Differentialmomente hervor, gegenüber der Tuberculose, Lues, Erythema exsudativum, Herpes, Ekzem, Atrophia cutis und Pigmenterkrankungen. Auf das Verhältniss der Syringomyelie und der Morvan'schen Krankheit geht v. B. dann noch ausführlicher ein, da diese Krankheiten in letzter Zeit besonders von Zambaco zu der Lepra gerechnet werden, wogegen der Verf. sich entschieden ausspricht.

Im letzten Cap., welches die Therapie behandelt, wird gegen die Verbreitung der Krankheit hauptsächlich die Isolirung der Kranken empfohlen. v. B. schliesst, leider mit Recht, dieses Cap. mit der traurigen Erkenntniss, dass wir in der radicalen Heilung des Leidens es nicht weiter gebracht haben, wie früher, dass wir aber durch die Massnahmen unserer Therapie im Stande sind, die Leiden dieser wahrhaft Unglücklichen zu mildern.

Am Schlusse des Werkes folgen 7 schöne Tafeln, die erste gibt histologische Bilder der Lepra, die anderen 6 sind Reproductionen von guten Porträts leprös Erkrankter. Wir können dieses Buch nur recht warm dem Studium empfehlen.

Originalabhandlungen.



Aus der königl. Universitätsklinik für Syphilis und Hautkrankheiten des Herrn Geheimrath Prof. Dr. Doutrelepont zu Bonn.

Ueber locale Veränderungen nach intramusculärer Injection von Hydrargyrum salicylicum.

Von

Dr. **Max Wolters,**

Privatdocenten für Dermatologie, I. Assistenzarzt der kgl. dermatol. Universitätsklinik zu Bonn.

(Hierzu Taf. VII u. VIII.)

Durch den Tod eines, kurze Zeit in der Klinik wegen Syphilis behandelten Patienten bot sich mir Gelegenheit zu weiteren Studien über die Einwirkung intramuskulärer Injectionen von unlöslichen Quecksilbersalzen. Die Verhältnisse lagen in diesem zweiten Falle ungleich günstiger als in dem von mir beobachteten und in diesem Archiv Band XXII mitgetheilten ersten Falle. Der Patient war noch nicht vorher durch Injectionen behandelt worden; es wurden nur im Ganzen 6 Einspritzungen gemacht, und zwischen der letzten und der Zeit des Ablebens lagen nur 3 Monate. Die Injectionsherde kamen daher früher zur Untersuchung, lagen räumlich getrennt und waren nicht, wie im ersten Falle durch neue, in dieselbe Stelle gemachte Injectionen in ihrem Aussehen verändert. Kurz, es fanden sich die Herde isolirt in der Musculatur vor und boten das ungetrübte Bild der Veränderungen dar, wie sie nach 3 Monaten sich entwickelt hatten.

Auch in diesem Falle waren an der Leiche die Injectionsstellen, wenn auch nicht so drastisch wie im ersten Falle, durch kleine Knoten in der Tiefe markirt. Dieser Umstand verhalf mir Mangels stärkerer Veränderungen zur Auffindung der Herde.

Dass überhaupt die alten Injectionsstellen noch monatelang in der Tiefe als kleine rundliche Knoten und Resistenzen zu fühlen sind, habe ich in meiner ersten Mittheilung ausdrücklich erwähnt. Es ist dies auch in den Berichten über die Injectionstherapie, sowie in der anschliessenden Discussion in der französischen Gesellschaft für Dermatologie letzthin von verschiedenen Seiten bestätigt worden.

Dass subjective Beschwerden beim Auftreten derartiger Infiltrate ebenso wie ihre Grösse und die Zeit ihres Bestehens individuell variiren, und bis zum gewissen Grade mit der Anzahl der Injectionen im Verhältniss stehen, ist für mich zweifellos, ebenso wie, dass Infiltrate leichter bei Frauen, wohl wegen der stärkeren Adipositas, gefunden werden. Es darf daher nicht Wunder nehmen, wenn, wie in meinem ersten Falle, nach 62 Injectionen noch nach 1 Jahre Infiltrate zu fühlen waren.

Es ist meines Erachtens dieser Fall für die grosse Zahl der Injectionen in seinem Befunde als typisch anzusehen.

Aber auch nach einer geringeren Anzahl von Injectionen ist es sicherlich die Regel, dass sich nach 6—7 Monaten noch, bei genauer Palpation vereinzelte Infiltrate durchfühlen lassen. Ich habe darauf in letzter Zeit noch ganz besonders geachtet. Kommen nun, wie in meinem ersten Falle im Laufe der Jahre immer neue Herde dazu, die, wie erwiesen, mit bindegewebiger Schwiele heilen, so ist es natürlich, dass sich Conglomerate von Infiltraten, Verhärtungen bilden, die dann ohne Mühe zu fühlen sind. Somit muss es als typisch angesehen werden, dass bei zahlreichen Injectionen leicht palpabele Knoten in den Glutaeen zurückbleiben, bei weniger zahlreichen, einzelne schwerer durchzufühlende. Ich kann daher den zuerst veröffentlichten Fall nicht als selten oder ungewöhnlich bezeichen, wie Jadossohn ihn in seinem Referate über meine Mittheilung[1]) angesehen wissen will. Zahlreiche Injectionen bedingen eben noch auf Jahre hinaus fühlbare Infiltrate.

Die Krankengeschichte des zweiten von mir untersuchten Patienten ist kurz folgende:

---

[1]) Centralblatt für Chirurgie. 1896. Nr. 15.



K. J., 24 Jahre alt aus W.

Patient stammt aus einer gesunden, nicht belasteten Familie; speciell lässt sich von Syphilis, Tuberculose oder nervösen Erkrankungen in der Ascendenz Nichts nachweisen. Der Kranke selbst gibt an, früher immer gesund und bis zu seiner jetzigen Erkrankung nie leidend gewesen zu sein. Gegen Ende August 1895, ungefähr 5 Tage post Coitum, soll im Sulcus coronorius, auf der Glans und auf dem Dorsum penis eine Reihe von Geschwüren aufgetreten sein, die unter Anwendung von Jodoform rasch verheilten. Da einige derselben leicht indurirte Narben hinterliessen, und weiterhin regionäre Lymphdrüsenschwellungen auftraten, so wurde vom behandelnden Arzte eine Inunctionscur eingeleitet und 114 Gr. Unguent ciner. verbraucht.

Nach 5 wöchentlicher Cur traten Paresen in Armen und Beinen auf, Paraesthesien, Doppelsehen, Sprachstörungen, weshalb die Quecksilberbehandlung aufgegeben wurde. Doppelsehen sowie Sprachstörung ging zurück, dagegen schwanden die Paresen nicht völlig und es stellten sich vorübergehend sogar Störungen in der Urinentleerung ein.

Da sich bald darauf sehr ausgedehnte Secundaria einstellten, liess sich der Kranke am 8. October in die Klinik aufnehmen. Die nervösen Symptome waren noch in geringem Grade vorhanden.

Der gut genährte Kranke von mittlerer Grösse zeigt keine Störungen des Allgemeinbefindens, kein Fieber, keine Veränderungen in Herz und Lungenthätigkeit; Urin frei von Zucker und Eiweiss.

Auf der Glans penis, nahe dem Orificium urethrae ein beinahe verheiltes Geschwür mit mässig indurirtem Grunde; auf dem Dorsum penis und im Sulcus coronarius je eine linsengrosse indurirte Narbe. Es findet sich weiterhin indolente Drüsenschwellung am ganzen Körper, diffuse Alopecia mässigen Grades.

Auf dem Kopfe finden sich nässende Papeln, ebenso wie am rechten Nasenflügel, ausgesprochen maculöses Exanthem, besonders auf Brust und Bauch. Ziemlich starke Plaques auf den Tonsillen.

Es findet sich weiterhin noch eine leichte Atrophie in der Musculatur der Extremitäten, Schwäche in der Rumpfmusculatur und Herabsetzung der Empfindlichkeit als Reste der früher vorhanden gewesenen Symptome vor. Unter Injectionen von 10% Hydrargyrum salicylicum suspension, 0.06 jeden 3. bis 4. Tag schwanden die luetischen Erscheinungen sehr rasch, so dass nach 6 Injectionen Nichts mehr davon nachweislich war. Gleichzeitig aber damit nahm die Mattigkeit und Schlaffheit des Kranken zu, Taubsein der Extremitäten trat ein, und liess eine weitere Verabreichung von Hydrargyrum unthunlicherscheinen. Es wurde Kalijodatlösung verordnet und täglich 2—3 Gramm genommen. Gleichwohl nahmen die nervösen Symptome nicht ab. Es bildete sich ziemlich rasch schlaffe Lähmung und Hypaesthesie an den Extremitätenden aus, Sehnenreflexe fehlten; des weiteren traten partielle Entartungsreaction und fibrilläre Zuckungen auf. Dazu kamen Störungen in der Urinentleerung, Schwäche der Rumpfmusculatur und Herabsetzung der Empfind-



lichkeit am ganzen Rumpf. Der Patient wurde zur weiteren Behandlung auf die medicinische Klinik verlegt, wo die Diagnose Polyneuritis bestätigt wurde.

Auch mikroskopisch ist dann nach dem 3 Monate später erfolgten Tode von Brauer[1]) diese Diagnose sichergestellt worden, wobei er allerdings im Zweifel lässt, ob Lues oder Quecksilber oder eventuell beides zusammen die Affection bedingt habe. Herr Dr. Brauer wird auf die Sache noch genauer in einer grösseren Publication eingehen, für das vorliegende Thema ist nur eines noch von Interesse, dass nämlich an der Musculatur des Körpers Veränderungen sich nicht haben nachweisen lassen. Es fällt damit der Einwand, dass es sich bei den später zu beschreibenden Befunden um Einwirkung der nervösen Erkrankung habe handeln können. Der Sectionsbefund ergab, das centrale und periphere Nervensystem abgerechnet, Nichts von Bedeutung. Für mich kam es vor Allem darauf an, die Stellen in der Glutaealmusculatur aufzufinden, wo die Injectionsmassen deponirt waren. Durch genaue Palpation gelang es ohne grosse Mühe, und wurden die Stellen mit intacter Musculatur der Umgebung herausgenommen, und zwar aus äusseren Gründen nur aus der linken Gluaealmusculatur. Die Muskelstücke wurden in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet. Es fanden sich nun, nicht wie im ersten Falle nach Entfernung der Haut derbe spindelförmige Herde von mehr oder weniger glasig transparentem Aussehen, sondern es liessen sich in dem Musculus glutaeus max. und medius längliche, mehr diffuse Härten durch die Palpation nachweisen, die allerdings auf dem Querschnitte etwas glasiges Aussehen darboten. Solcher Infiltrate wurden entsprechend der Zahl der Injectionen nur 3 gefunden, was die Annahme, dass wir die Injectionsstellen vor uns hatten, noch bestätigte. Die spätere genaue mikroskopische Untersuchung erwies diese Auffassung als völlig zutreffend.

Am Querschnitte des gehärteten Präparates sieht man deutlich zwischen den Muskelbündeln eines, das sich durch sein Aussehen von den übrigen unterscheidet. Es zeigt statt

[1]) Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte 1896. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 28. Heft 3.



des graugrünen gleichmässigen Farbentones ein fleckiges Aussehen; auch ist es durch breitere Zwischenräume von den anderen Bündeln getrennt. Betrachtet man diesen quer zur Muskelaxe gelegten Schnitt bei Loupenvergrösserung, so zeigt sich, dass zwischen den normalen, compacten Muskelbäuchen einer eingebettet liegt, dessen Substanz durch zahlreiche, runde und ovale Oeffnungen durchbrochen ist. Dieser veränderte Muskel liegt von den übrigen durch breitere Zone getrennt. Zur genauen Untersuchung wurden die Muskelstücke in Celloidin eingebettet und geschnitten. Hämatoxylin, Carmin, Pikrocarmin, Triacidmischung nach Biondi, Orcein Färbungsmethode nach Tänzer für elastische Fasern, sowie Weigerts Methode der Fibrindarstellung wurden zur Klärung der Verhältnisse herangezogen.

Ein Theil des Materiales wurde quer, das andere längs der Muskelfaserung geschnitten, und von beiden Schnittgattungen auch Serien untersucht. An den Querschnitten zeigt sich nun bei schwacher Vergrösserung, dass die ganze Masse des mehr central liegenden Muskelbauches verändert ist, und zwar erscheint nur noch ein Theil der Fasern erhalten, während ein anderer grosser Complex zu Grunde gegangen ist und ersetzt wird durch ein Gewebe, dessen grosse Hohlräume und Maschen wir schon bei Lupenvergrösserung deutlich erkennen konnten. Dieses Ersatzgewebe trennt sich nicht scharf von der Musculatur, sondern springt hier tief in die compacteren Massen hinein, dort finden sich noch Muskelbündel vereinzelt neben den Hohlräumen vor. Zwischendurch liegen undeutlich und diffusgefärbte krümmelige Massen ohne bestimmten Charakter. In den Uebergangsgebieten sieht man vereinzelte Gefässe mit kleineren Infiltrationsherden, deutlicher und häufiger in der stark verbreiterten bindegewebigen Muskelscheide.

Bei stärkerer Vergrösserung zeigt sich nun, dass nur ein Theil des intact scheinenden Muskelbauches in der That intact war; die bindegewebigen Septen waren verbreitert, und je näher dem veränderten Theile erscheint fast jede Muskelfaser umgriffen von wucherndem kernreichen Gewebe. Nach und nach geht darin die Musculatur zu Grunde und man kann das schrittweise verfolgen an den glasig und krümmelig werdenden



Muskelschollen, die zuletzt nur noch als stärker gefärbte bröckelige Massen im Bindegewebe die Stelle markiren, wo die Faser lag. Die Kerne der Sarcolemms sind vermehrt, Neubildung von Muskelelementen ist nicht zu bemerken. Die grösseren und kleineren Hohlräume in den bindegewebig veränderten Muskeltheilen zeigen sich meist von Bindegewebsfasern begrenzt, die sehr kernreich sind. Da diese Kerne stellenweise als flache Gebilde der inneren Wandung der Hohlräume anlagen, so konnte wiederum die Vorstellung Platz greifen, dass es sich um Endothel tragende Hohlräume handelte. Schon höhere und tiefere Einstellung liess die Gebilde als nicht kugelförmige erkennen; Serienschnitte, und vor allem Längsschnitte der Muskulatur zeigten dann, dass es sich um röhrenförmige Hohlräume handelte, in welche hinein dann wieder Wucherungen stattgefunden hatten.

Bei schwacher Vergrösserung erblickt man auf einem solchen Längsschnitt die Musculatur, zerlegt durch eine grössere Anzahl von Canälen, die in ihrer Breite und Configuration wechselnd der Längsrichtung folgen. Diese Röhren in der Musculatur sind, wie man an den schwach angedeuteten Quersepten erkennen kann, nicht leer, sondern werden von Gewebszügen durchkreuzt, welche das ganze Lumen in grössere und kleinere, mehr oder weniger gegeneinander abgeschlossene Hohlräume theilen, die alle eine rundliche oder ovoide Form darbieten, oder durch Combination solcher entstanden sind. Unter diesen Verhältnissen war es klar, dass auch diesmal der Versuch, das Canalsystem zu injiciren, fehlschlagen musste. Kleinere und grössere Gefässe, von mässigen rundlichen Infiltrationsherden umgeben, treten an vielen Stellen deutlich vor, während im übrigen stärkere Anhäufung von Rundzellen fehlt.

Bei stärkerer Vergrösserung zeigte es sich auch hier, dass nicht alle Muskelfasern erhalten waren, die sich bei schwacher Vergrösserung so erschienen. Vielfach waren nur noch Reste, an anderen Stellen Bröckel und stärker färbbare Krümmel übrig geblieben, die von einem sehr kernreichen Gewebe breit umhüllt werden. In diesem lagen neben den grossen ovalen oder auch häufig stäbchenförmigen Kernen vereinzelte „Mastzellen“, sehr häufig aber Pigment führende Zellen

und freie Pigmentschollen. Auch bei starker Vergrösserung konnten frischere Entzündungserscheinungen, Rundzellenansammlungen, mit Ausnahme der bereits erwähnten um die Gefässe nicht aufgefunden werden. Leichtere Grade von Endarteritis waren an Venen wie Arterien fast durchweg zu constatiren. Wo die Muskelfasern noch in grösseren Verbänden zusammen liegen, ist jede von einer grossen Menge in Reihen liegender Perimysiumkerne begleitet. Der Kernreichthum nimmt noch zu, je näher die Stelle einem der geschilderten röhrenähnlichen Canäle liegt. Verfolgt man nun das Sarcolemma, wie es oft möglich ist, in einen solchen Hohlraum hinein, so zeigt sich, dass dasselbe ohne Unterbrechung die Innenfläche desselben überzieht. Von wechselnder Dicke, und, wo stärker ausgebildet, fein streifig, mit denselben Ovalen häufig stäbchenförmigen Kernen kleidet das gleiche Gewebe die Canäle aus, um an anderen Stellen wieder zwischen degenerirten, oder auch noch erhaltenen Muskelfasern sich zu verlieren. Dabei spaltet sich von dem auskleidenden Gewebe fortwährend eine Verästelung nach der anderen ab, um als kernreicher Gewebszapfen in das Lumen hineinzuragen, oder mit einem der anderen Wandung in Verbindung getreten einen kleineren Hohlraum abzugrenzen. Man kann so in einzelnen Stadien verfolgen, wie von den wandständigen Partien ein Querseptum nach dem anderen gebildet wird, wodurch dann der ursprüngliche Canal zu einer Reihe von hintereinander liegenden Vacuolen wird. Es entspricht dies dem von mir früher schon erhobenen Befunde, (l. c. pg. 13 unten), dass die Vacuolen nahe der Musculatur bisweilen eine Anordnung in Reihen zeigen, zwischen denen Streifen von länglichen Kernen als Scheidewand hinziehen. Diese letzteren deutete ich auch damals schon als vom Pirimysium herrührend.

An allen Stellen kann man dann erkennen, dass das gewucherte kernreiche Sarcolemma der einzelnen Muskelfibrillen, wo es einen Hohlraum begrenzt, continuirlich übergeht in das Gewebe, das die Vacuolen umschliesst, und dass es auch da die gleiche Structur aufweist, wo augenscheinlich durch narbige Schrumpfung die Vacuolen dichter an einander gelagert eine reihenförmige Anordnung nicht mehr deutlich erkennen lassen.

Es ist somit kein Zweifel, dass die im Muskel gefundenen Hohlräume und Canäle vom Sarkolemma ausgekleidet sind, dessen Kerne eine grosse Wucherung auch in den entfernter liegenden Theilen erfahren haben. Aus den vielfachen Zwischenstadien ergibt sich fernerhin, dass durch Wucherung und spätere narbige Schrumpfung des neugebildeten Gewebes der Ausfall an zu Grunde gegangener Musculatur gedeckt wird. Es wird somit nach Hg salicylicum Injection der Process sich in der Weise gestalten, dass mechanisch und chemisch eine gewisse Menge Muskelfasern zerstört werden, deren Zerfallsproducte, ebenso wie ausgetretene Blutelemente, nach Ablauf der acutesten Entzündungserscheinungen resorbirt werden. Es resultiren daraus leere Sarcolemma-Schläuche oder, wo auch das Sarcolemma ganzer Muskelbündel zu Grunde ging, grössere Canäle, die von Sarkolemma ausgekleidet sind. Von letzterem geht dann unter starker Kernvermehrung (Kerntheilungsfiguren) eine Wucherung aus, welche das Minus des Gewebes deckt und durch spätere Schrumpfung zur definitiven Vernarbung bringt. Diese letzten Stadien hatte ich in dem zuerst von mir veröffentlichten Falle Gelegenheit zubeobachten und eingehend zu schildern.

Die früher ausgesprochene Ansicht, dass der entstandene Defect durch Wucherung des Fettbindegewebes stattfinde, wurde durch meine damaligen Befunde veranlasst, die aber durch diese neuen Untersuchungen dahin zu ändern sind, dass es allein das Sarkolemma ist, welches das verlorene Gewebe ersetzt. Die oben geschilderte Bildung von Vacuolen, die nach und nach ihre Anordnung in Reihen verlieren und von weniger zellreichem Gewebe begrenzt erschienen, musste diese Annahme wahrscheinlich machen. Auch möchte ich ausdrücklich darauf hinweisen, dass die in den Wandungen liegenden Kerne, die endotheliale Auskleidungen vortäuschten, eben nur die Kerne des gewucherten Sarkolemmas darstellten.

Genaue Untersuchung auf Mikroorganismen nach verschiedenen Methoden blieb resultatlos, auch fand sich kein Fibrin vor.

Der nach 2 Methoden gemachte Versuch, in der Musculatur Quecksilber nachzuweisen, gelang nicht.

Dieser negative Befund 3 Monate nach der Injection ist wohl geeignet, den Vorwurf zu entkräften, dass die Depottherapie auf lange Zeit hinaus noch Gefahren in sich berge, durch eventuelle plötzliche Resorption von Quecksilber aus alten Depots. Es findet sich nach 3 Monaten, vielleicht noch nach kürzerer Zeit, überhaupt kein Quecksilber mehr an den Injectionsstellen vor, kann also auch von da aus keine verhängnissvolle Wirkung mehr entfalten.

Was die Wirkung der Quecksilbereinspritzungen auf die Musculatur anlangt, so glaube ich, dass die neu gewonnenen Befunde mit dem früher Gesagten (l. c. p. 17) durchaus in Einklang stehen. Schon bei der Injection, oder kurz nachher durch die Muskelaction wird das Injectum zwischen die Muscelfasern hineingetrieben und bildet so die streifenförmigen Herde, welche uns als Canäle späterhin zu Gesicht kommen. Wie weit dabei mechanische oder chemische Factoren betheiligt sind, lässt sich mit Sicherheit nicht sagen, doch scheint der gleichmässige Befund der Canäle ohne centrale Zerfallshöhle bei dem Hydrargyrum salicylicum wenigstens mehr für ein Ueberwiegen der letzteren zu sprechen, und zwar für eine langsame, nicht stürmische Umsetzung des injicirten Präparates. Anders scheint es bei dem Calomel von dem fast allgemein, letzthin von Juillien, [1]) betont wurde, dass an der Injectionsstelle ein acuter und heftiger Zerfall zur Höhlenbildung führt.

---

[1]) Annales VII. Febr. 1896 p. 174.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel VII u. VIII.

1. Querschnitt der Muskulatur. In der Mitte und nach oben der veränderte Muskelbauch mit den quer getroffenen Canälen (*c*) nach rechts, dunkel gehalten, stärker gefärbte Massen in der Muskulatur (Zerfall); desgl. oben im Bindegewebe mit Pigment vermischt *P* (Loupenvergröss.).

2. Längsschnitt der Muskulatur. Canäle bei *c*. *M* erhaltene Muskelfasern. *g* Gefässe (Loupenvergrösserung).

3. Eine Stelle aus einem Canal des vorigen Präparates bei starker Vergrösserung. Auf beiden Seiten erhaltene Muskelfasern *m*. In dem Canale gewuchertes Sarcolemma (*S*) mit vielen Kernen, das mit dem der anderen Seite in Verbindung getreten ist. (*A*)

Aus der k. k. dermatologischen Universitätsklinik von Prof. F. J. Pick in Prag.

Ueber eine eigenthümliche Form multipler infectiöser Hautgangrän.

Von

Dr. **Ludwig Waelsch,**
I. Assistent der Klinik.

(Hierzu Taf. IX.)

Am 30. April 1896 wurde auf unsere Klinik in elendem, leicht benommenem Zustand der 38jährige Lohgerber K. H. eingebracht. Die mit seiner ihn begleitenden Gattin aufgenommene Anamnese ergab Folgendes:

Im Jahre 1891 wurde Patient angeblich wegen einer Magengeschwulst operirt. Seit dieser Zeit kränkelte er beständig; er litt an häufigen Magenkrämpfen, musste zeitweise das Bett hüten, und konnte nur mit grösseren Unterbrechungen seiner Arbeit nachgehen.

Vor 3 Wochen entstand ohne bekannte Ursache an der Haut der Magengegend ein brauner Fleck, auf dem sich allmälig eine Beule bildete; die letztere perforirte nach einigen Tagen, entleerte grünen Eiter und wandelte sich in ein Geschwür um. Seit dieser Zeit entwickelten sich fort und fort neue Beulen auf ganz gleiche Weise, die dann ebenfalls aufbrachen und Geschwüre aus sich entstehen liessen. Sie traten successive auf an der Haut des Bauches, der Brust, der Arme und Oberschenkel.

Seit den letzten 3 Wochen hustet Patient, hat grünlichen Auswurf und schwitzt bei Nacht. In der allerletzten Zeit traten auch starke Diarrhoen auf.

Patient war bis zu seiner Erkrankung angeblich in einer Gerberei beschäftigt, wo er die frischen Häute, wie sie aus der Schlachtbank kamen, von den Haaren zu säubern und in der Moldau zu waschen hatte. Eine Verletzung an den Händen oder Fingern, oder eine Affection an denselben, die den Beulen am Stamme ähnelte, will er nie beobachtet haben.

Bis auf die jetzige Affection war Patient mit Ausnahme einer im Alter von 4 Jahren erlittenen Verbrennung an Händen und Brust stets

gesund. Er ist 4 Jahre verheiratet und hat 3 gesunde Kinder; die Frau hat niemals abortirt. Seine Eltern, sowie ein Bruder starben an Lungentuberculose.

Der Patient machte einen elenden, ungemein herabgekommenen Eindruck. Er ist leicht benommen und kann sich nur lallend verständigen. Er zeigt gracilen Knochenbau, sehr schwache Musculatur, ist hochgradig abgemagert. Die Wangen sind stark eingesunken, die Augen hallonirt. Die Inspection der Mundhöhle sowie des Rachens ergibt nichts Abnormes. — Der Hals lang, schmal, die Halslymphdrüsen nicht vergrössert.

An der Haut des Stammes, und zwar ausschliesslich der vorderen Brust- und Bauchwand, an den oberen Extremitäten, sowohl an der Streck- und Beugeseite, ferner der Streckseite der Oberschenkel finden sich ungemein zahlreiche Geschwüre. Dieselben sind scharfrandig, von rundlicher oder nierenförmiger Gestalt, 3—6 Cm. im Durchmesser. Der Geschwürsgrund zeigt schlaffe Granulationen, die entweder missfärbig belegt, oder von eingetrockneten mit Blut untermischten Secretmassen bedeckt sind. Auf Druck auf die weithin unterminirten Ränder der Geschwüre entleert sich reichlicher dünnflüssiger, höchst übelriechender Eiter. Die Ränder selbst sind livide, oft bräunlich oder grünlich verfärbt. Die unregelmässig geformten Geschwüre lassen an ihren Rändern aus gegen den Geschwürsgrund einspringenden Zacken ihre Entstehung durch Confluenz benachbarter Geschwüre deutlich erkennen. Dort, wo zwei benachbarte Substanzverluste nahe aneinander stehen, erweisen sie sich nur durch eine schmale, schwarzblau verfärbte unterminirte Hautbrücke von einander getrennt.

Links von der Linea alba, 4 Cm. unter dem Nabel, findet sich eine blaurothe fluctuirende Erhebung von etwa Thalergrösse, von verdünnter, stark gespannter Haut bedeckt; daneben mehrere kleinere, oberflächliche Abscesse.

Ein etwa hühnereigrosser Abscess von livider Haut überzogen befindet sich in der Mitte des rechten Oberschenkels, am linken Oberschenkel mehrere wie oben beschriebene Ulcerationen, welche aber mit einem zwischen ihnen befindlichen Abscess communiciren, so dass sich auf Druck auf den letzteren grosse Mengen Eiters aus den Geschwüren entleeren. Die Geschwüre verbreiten einen ungemein penetranten, aashaften Geruch. — Im Bereiche der vorderen Brustwand erscheint die geschwürsfreie Haut weiss, verdünnt, narbig-atrophisch (Verbrennungsnarbe); im Hypogastrium eine vertical verlaufende, lineare, 5 Cm. lange Narbe (Operationsnarbe). Ueber dem Kreuzbein besteht ausgedehnter brandiger Decubitus.

Von einer Untersuchung der inneren Organe des Patienten musste in Folge seines elenden Zustandes Abgang genommen werden. Im Harne fanden sich keine abnormen Bestandtheile.

Es wurde sofort eine Untersuchung des Blutes und des Eiters vorgenommen.



Die Zählung der rothen Blutkörperchen ergab 4,890.000, die der weissen 13.200, das Verhältniss der weissen zu den rothen 1 : 390; Fleischl : 30%.

Die mikroskopische Untersuchung der Blutpräparate ergab (nach Löffler, Gram, Gabet) ein vollständig negatives Resultat bezüglich des Vorhandenseins von Mikroorganismen.

Im Eiter der Geschwüre fanden sich grosse Mengen nach Gram sich färbender Diplococcen, zwischen denselben eingestreut kurze, nicht Gram beständige Stäbchen, sowie sehr zahlreiche rundliche, coccenähnliche Gebilde, die ebenfalls die Nachfärbung mit Vesuvin annahmen, und endlich fein granulirte, ebenso sich tinctoriell verhaltende, unregelmässig gestaltete dichte Haufen. Die nach Gram sich nicht färbenden Bacillen fanden sich dagegen fast in Reincultur neben spärlichen Grambeständigen Diplococcen in jenen Präparaten, welche mit dem, aus den uneröffneten Abscessen aspirirten Eiter angefertigt worden waren.

Mit dem Eiter, sowohl der Geschwüre, als der uneröffneten Abscesse wurden auch behufs bakteriologischer Untersuchung Platten gegossen. Ueber die Resultate dieser Untersuchung will ich später berichten, und mich vorläufig darauf beschränken, den weiteren Krankheitsverlauf zu schildern.

Am Morgen des Tages nach seiner Aufnahme ist Patient fieberfrei, verfällt sichtlich, beständiger Singultus, das Abdomen ist stark meteoristisch aufgetrieben, bei Palpation schmerzhaft. Gegen Abend stellt sich unter zunehmender Benommenheit des Patienten leichtes Fieber (38·2°) ein. In der Nacht klagt Patient über sehr starke, krampfartige Schmerzen im Unterleib, und bat mich dringend um eine Morphiuminjection. Die Bitte des Kranken, der ausdrücklich eine Morphiuminjection verlangte, machte mich stutzig. Ich sah aber auch zugleich, dass ich es mit einem Sterbenden zu thun habe, und glaubte ihm seine Bitte nicht abschlagen zu können. Nach verabreichter Injection stellte sich unruhiger, von mussitirenden Delirien unterbrochener Schlaf ein.

Am nächsten Morgen war der Kranke bewusstlos, ungemein collabirt, Temperatur 35·9°, Puls fadenförmig, kaum zu tasten, sehr frequent. Im Laufe des Vormittags erfolgte der Exitus.

Die Stellung der klinischen Diagnose im vorliegenden Falle war eine ungemein schwierige. Es kamen alle jene Krankheitsbilder in Betracht, welche mit ausgedehnten Ulcerationen der Haut einhergehen, demnach Lues. Tuberculose, Carcinomatose, chronischer Milzbrand und Rotz, multiple Hautgangrän, Septico-Pyohämie.

Lues liess sich sowohl anamnestisch, als auch nach dem klinischen Bilde und dessen Verlauf sofort ausschliessen, ebenso auch Carcinose, an die wir wegen der anamnestisch erho-



benen Operation einer angeblichen Magengeschwulst denken mussten.

Gegen Tuberculose sprach das Aussehen der Geschwüre, sowie das Fehlen der Tuberkelbacillen im Eiter der Ulcerationen; es ergab auch die Untersuchung des eitrigen Sputum diesbezüglich ein negatives Resultat.

Dagegen aber liess die Beschäftigung des Kranken mit frischen Thierfellen es als möglich erscheinen, dass wir es im vorliegenden Falle vielleicht mit einer auf den Menschen übertragenen Zoonose zu thun hätten.

Milzbrandbacillen oder überhaupt Grambeständige Bacillen konnten wir aber im Eiter oder Abscesse der Geschwüre nicht nachweisen; ebenso sprach auch das Aussehen der Abscesse und Geschwüre, sowie der ganze Verlauf der Erkrankung nicht für diese Diagnose. Dagegen liess uns der Beruf des Kranken, zusammengehalten mit dem Befunde von nach Gram sich nicht färbenden Bacillen, fast in Reincultur, im Eiter uneröffneter Abscesse an chronischen Malleus denken, gestattete uns aber doch nicht, die Diagnose diesbezüglich sicher zu stellen. Denn einerseits bietet das Bild des chronischen Hautrotzes, wie jüngst erst Buschke[1]) wieder hervorgehoben hat, „so wenig Charakteristisches, dass oft klinisch die Unterscheidung von syphilitischen, tuberculösen Geschwüren, ev. Actinomycose der Haut einfach nicht zu machen ist" und andererseits fehlten auch die charakteristischen Schleimhauterkrankungen, und war endlich auch der Verlauf der Krankheit, entgegen dem bei Malleus chronicus gewöhnlichen, ein ungemein rapider (3 Wochen). Es genügte ferner auch der Befund Gram nicht beständiger Bacillen im Eiter ohne Zuhilfenahme der culturellen Untersuchung und des Thierexperimentes nicht, um die Diagnose „Hautrotz" zu erhärten. — Patient lag im Ganzen $1^1/_2$ Tage auf unserer Klinik, eine Zeit, die viel zu kurz war, um ein endgiltiges, einwurfsfreies Resultat der bakteriologischen Untersuchung zur Verfügung zu haben. Wir mussten demnach die Diagnose „Malleus chronicus" zwar im Auge behalten, dabei aber doch noch überlegen, ob der geschilderte Symptomencomplex nicht auch noch in anderen Ursachen seine Erklärung finden könnte.



Wir hatten es im vorliegenden Falle mit einem Individuum zu thun, das durch jahrelanges, der zum Tode führenden Erkrankung vorausgehendes Krankenlager in seiner Ernährung stark heruntergekommen, schwer cachektisch geworden war. Es war dann an der Haut des Kranken aus nicht näher bekannter Ursache zur Entstehung von Infiltraten, pustulösen Efflorescenzen auf denselben und geschwürigem Zerfall der letzteren gekommen, ein Symptomencomplex, wie er von Simon[2]), Eichhoff[3]) u. A. m. bei cachectischen Kindern beschrieben wurde. Von den, Infectionsmaterial reichlich enthaltenden und der Infection auch ausgesetzten Abscessen und Geschwüren (s. das Resultat der mikroskopischen Untersuchung des Eiters), konnte es dann zu einer Propagation des den Organismus schwer schädigenden Virus gekommen sein. so dass neben den Erscheinungen an der Haut das Bild einer septischen Allgemeinerkrankung entstehen konnte. Ausserdem liess es sich nicht von der Hand weisen, dass wir es umgekehrt mit einer auf nicht eruirbare Weise entstandenen septischen Allgemeinerkrankung zu thun hatten, welche durch Hinzutreten eines uns vorderhand nicht bekannten Virus zu ausgedehnter Hautgangrän, dem oben geschilderten Symptomencomplex Veranlassung gegeben hatte.

Wir machten demnach die klinische Diagnose: Gangraena cutis multiplex cachectica, Sepsis.

Die Section, welche im Prager deutschen pathologisch-anatomischen Institute des Herrn Professor Chiari von Herrn Doc. Dr. v. Wunschheim ausgeführt wurde, ergab nichts, was wir zur Stütze unserer Diagnose nach der einen oder anderen Richtung hätten verwerthen können.

Ich hebe aus dem Protokoll nur hervor, dass sich neben den Erscheinungen an der Haut und klinisch nicht nachweisbar gewesenen Muskelabscessen pathologische Veränderungen an den Lungen vorfanden. Die r. Lunge war im Unterlappen leicht angewachsen, sonst frei, im rechten Pleuracavum fanden sich etwa 30—40 Ccm. einer gelblichen, trüben, flockigen Flüssigkeit. Das Parenchym der rechten Lunge erschien gedunsen, ziemlich substanzarm und enthielt im Unterlappen zahlreiche, aashaft stinkende, bis taubeneigrosse colli-



quescirte Zerfallsherde. Die Pleura des Unterlappens war dementsprechend mit zartem, fibrinösem Belage bedeckt, etwas missfärbig.

Die linke Lunge war ebenfalls im Unterlappen adhärent, das Parenchym derselben daselbst von schlaffer, lobulärer Verdichtung eingenommen, die zum Theil in Vereiterung und auch etwas missfarbig erschien. Aus den Bronchien beiderseits, besonders links, war reichlich schleimigeitriger Inhalt entleerbar. In beiden Lungenspitzen, dann auch zerstreut im übrigen Lungenparenchym fanden sich einzelne Herde chronischer, zum Theil obsoleter Tuberculose.

Im Herzbeutel fand sich ein Esslöffel klaren Serums; das kleine Herz war schlaff, blass, das Herzfleisch leichter zerreisslich; die Herzklappen zart, an der Aorta mässige Endarteriitis chron. deform. In den peribronchialen Lymphdrüsen zeigte sich zum Theil obsolete Tuberculose.

Die Leber war entsprechend gross, von glatter Oberfläche, ihr Parenchym röthlichgrau, etwas brüchiger die Milz mässig vergrössert, blutreich, weich.

Die Nieren waren anämisch, sonst normal. Die Schleimhaut des harnleitenden Apparates erschien leicht geröthet; die Hoden waren klein, schlaff, blass. Der Magen war stark ausgedehnt, seine Mucosa blass, am Fundus stark postmortal angedaut. Die Schleimhaut des mässig ausgedehnten Dünn- und Dickdarmes war ohne Besonderheiten. Pancreas und Nebennieren erschienen nicht pathologisch verändert.

Deckglaspräparate vom Eiter eines Hautmuskelabscesses erwiesen darin reichliche Grambeständige Strepto- und Staphylococcen, sowie reichliche nicht Grambeständige Bacillen. In Culturen von diesem Eiter wuchsen Streptococcus pyogenes und Staphylococcus pyogenes aureus, sowie Bacterium coli commune, nicht aber der Bacillus mallei.

Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete demnach: Abscessus multiplices subcutanei et intramusculares cum ulceratione cutis late extensa. Bronchitis suppurativa et Pneumonia lobul. sinistra partim in suppuratione. Gangraena circumscripta multiplex lobi infer. pulmon. dextr.



Pleuritis serofibrinosa bilateralis. Degeneratio parenchymatosa myocardii et hepatis. Tumor lienis acutus. Decubitus gangraen. in regione sacrali. Tuberculosis chron. et obsoleta pulmon. et glandular. lymphaticar. peribronchialium.

Es gab also die Obduction nur Aufschlüsse über die pathologischen Veränderungen der inneren Organe, auf deren Untersuchung wir intra vitam verzichten mussten, liess uns aber über die Aetiologie des Processes ganz im Unklaren.

Das Vorhandensein der intramusculären Abscesse, die wir in vivo nachzuweisen nicht in der Lage waren, und die als für chronischen Rotz charakteristisch angegeben werden, liessen uns umso gespannter die Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung und der Thierexperimente abwarten.

Resultat der bakteriologischen Untersuchung.

Inzwischen hatten sich aus den noch zu Lebzeiten des Kranken auf dem Eiter angelegten Platten Culturen entwickelt, welche ein ganz eigenthümliches Aussehen zeigten, und in den vom Eiter der uneröffneten Abscesse stammenden Platten fast in Reincultur neben spärlichen Stachylococcencolonien aufgegangen waren. Dieselben zeigten charakteristisches Aussehen, auf das ich noch später zurückkommen will, und erwiesen sich bei der Untersuchung als nach Gram sich nicht färbende kurze, an den Enden abgerundete Stäbchen, welche etwas kleiner waren als die im Eiter beobachteten. Die Stäbchen zeigten eine Länge von $1^1/_2$—2 M. und deutliche Eigenbewegung.

Wir überimpften aus den Platten noch auf Kartoffeln, auf welchen der Rotzbacillus charakteristische honiggelbe bis rostbraune Rasen bildet, und legten auch gleichzeitig Culturen auf den anderen gebräuchlichen Nährböden an. Ferner wurden mit einer Aufschwemmung der Colonien aus den Platten männliche Meerschweinchen intraperitoneal geimpft. Wir wählten männliche Thiere, da nach Strauss[4]) auf Einbringung von rotzverdächtigem Material in die Bauchhöhle dieser Thiere nach 2—3 Tagen charakteristische Hodenschwellung auftritt, und



andererseits gerade Meerschweinchen für septische Infectionskeime, die als Nebenbefund in Rotzgeschwüren häufig vorkommen, weniger empfänglich sein sollen.

Die Züchtung des fraglichen Bacillus auf Kartoffel ergab ein für Rotz negatives Resultat. Es bildete sich nämlich nach 24 Stunden ein schmutzig-gelbgrauer Belag, in dessen Nachbarschaft nach weiteren 1—2 Tagen unter langsamem peripheren Weiterwachsen des Belages sich eine eigenthümlich schiefergraue Verfärbung der Kartoffeloberfläche entwickelte, wie sie Jäger[5]) als charakteristisch für Proteus fluorescens, den Krankheitserreger des Weil'schen Icterus beschreibt.

Ebenso hatte auch das Thierexperiment ein gegen Malleus sprechendes Ergebniss, indem die Erkrankung der Scheidenhaut des Hodens bei den Versuchsthieren ausblieb.

Das Eigenthümliche des Falles, für welchen uns also die bakteriologische Untersuchung vorderhand auch keine Erklärung gegeben hatte, und die merkwürdige, constant gleichbleibende Wachsthumsform des Mikroorganismus auf den verschiedenen Nährböden forderten eine gründliche Weiteruntersuchung, über deren Resultat ich nun kurz berichten will.

a) Beschreibung der Wachsthumsformen des Bacillus.

Das Aussehen der Culturen war Folgendes:

In Agarplatten entstanden oft schon nach 24 Stunden rundliche, grauweisse Colonien, welche im durchfallenden Lichte prachtvoll grün und roth fluorescirten, und nach der Peripherie fingerförmige, an den Enden oft leicht verdickte Fortsätze entsenden, wodurch die Cultur wie von einem Strahlenkranz umgeben erscheint, und ein Aussehen erhält, der Blüthe der Sonnenblumen vergleichbar. (Fig. 6 *a.*) Daneben fanden sich kleine, tropfenartige, durchsichtige Colonien, welche von einem schmalen, im Niveau des Nährbodens gelegenen rauchgrauen, oft bläulich schimmernden Hof umgeben waren, der an seiner Peripherie häufig eine Andeutung von Zacken- oder Strahlenbildung erkennen liess. (Fig. 6 *b.*) In der Nachbarschaft der Oberflächencolonien fanden sich schon nach 36



Stunden sehr zahlreiche Tochtercolonien, welche oft auf weite Strecken hin isolirt zur Entwicklung kamen, um dann untereinander oder mit der Muttercolonie zu grösseren Rasen zu confluiren. In anderen Fällen, wenn im Centrum einer Platte oder Kral'schen Plattendose der Nährboden mit dem der Reincultur entnommenen Material beschickt wurde, entwickelten sich strahlige Colonien, deren Strahlen eine ziemliche Länge aufwiesen und alle nach einer Richtung gedreht erschienen, so dass wasserstrudelartige Bilder zustande kamen. (Fig. 5.) In wieder anderen Fällen konnte ich beobachten, dass schon nach 24 Stunden die ganze Agaroberfläche überzogen erschien von einem milchgrauen Belag, der freie Lücken zwischen sich schloss, eine Raschheit des Wachsthums, die darauf hindeutet, dass von der sich entwickelnden Stammcultur Schwärme von eigenbeweglichen Mikroorganismen sich losgelöst haben mussten, und dann nach ihrer Festsetzung sich rasch isolirt weiter entwickeln, wie es von den Proteusarten beschrieben wird.

Die Tiefencolonien erwiesen sich als scharf- und glattrandige durchsichtigrauchgraue runde Colonien.

In Gelatineplatten zeigen die Colonien nach 24—36 Stunden ungemein verschiedenes Aussehen. Es finden sich hier scharfrandige kreisrunde Oberflächencolonien, welche an die des Typhusbacillus erinnern, ferner solche von eigenthümlich lichtbrauner Farbe mit deutlicher concentrischer Schichtung, wie sie dem Cholerabacillus zukommen, endlich unregelmässig gestaltete grobgranulirte gelbbraune Culturen, welche zwar scharf- aber nicht glattrandig sich begrenzen.

Im weiteren Verlauf zeigt sich dann hie und da um die kleinen Colonien ein Saum verflüssigter Gelatine, während andere wiederum diese peptonisirende Wirkung nicht erkennen lassen, also verflüssigende und nicht verflüssigende Colonien neben und durch einander liegen, ein Befund, wie er von Jäger bei Proteus fluorescens beschrieben wurde.

Zwischen diesen soeben geschilderten finden sich auch Colonien, welche ein ungemein vielgestaltiges Aussehen zeigen. Sie haben die Gestalt von breiten Stäbchen, welche entweder geradlinig verlaufen, oder vielfach zickzackförmig oder spiralig gedreht sind, oder endlich zoogloeaartige, unregelmässig ge-

staltete Massen darstellen, wie sie Hauser [6]) bei Proteus vulgaris gesehen hat. Die im Centrum einer Gelatineplatte angelegte Cultur zeigt in anderen Fällen wieder rasches peripheres Wachsthum mit rapid erfolgender Verflüssigung, so dass sich schon nach 24 – 36 Stunden eine flache lichtgraue Scheibe gebildet hatte, welche grob granulirt unter zunehmender Verflüssigung der Gelatine sich vergrösserte und nach 48 Stunden bereits einen Durchmesser von über 1 Cm. erreicht hatte. In der Nachbarschaft waren auch hier durch Ausschwärmen zahlreiche ungemein vielgestaltige Colonien entstanden. Eine Bildung langer Fäden seitens der Muttercolonie, wie sie Hauser bei Proteus beobachtet hat, bestand hier aber nicht.

In Bouillon entwickelt sich nach 24 Stunden eine diffuse gelblich-weisse Trübung der Nährflüssigkeit; an der Oberfläche entsteht ein feines, weisses opalescirendes Häutchen, das sich nach 3—4tägigem Wachsthum senkt, und dann vielfach gefaltet unter dem Niveau der Flüssigkeit herumschwimmt, oder sich allmälig ganz zu Boden senkt, während sich an der Oberfläche ein neuer reifartiger Belag bildet; ferner besteht deutlicher Niveaurand. Am Boden bildet sich ein dichter, gelblichweisser Bodensatz, der beim Schütteln in groben Fetzen aufsteigt, und sich durch anhaltendes Schütteln zu kleinen Bröckeln vertheilen lässt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Auswachsen des Bacillus in ungemein lange, zart gegliederte Scheinfäden, neben isolirten kurzen Stäbchen; die des Häutchens zeigte rundliche in grösseren Haufen nach Art der Staphylococcen beisammenliegende Gebilde, eingebettet in nicht näher differenzirbare Massen.

Gelatine-Stichcultur: Nach 24 Stunden deutliches Wachsthum längs des Stichs, in Form eines schmalen, grobgranulirten, oft seitlich vielfach gekerbten Streifens. Um die Einstichsöffnung herum deutliches Wachsthum, sowie Beginn trichterförmiger Verflüssigung. Im weiteren Verlaufe nimmt die Verflüssigung mehr und mehr zu, erfolgt aber jetzt schichtweise, so dass immer ein verflüssigter, diffus graugelb getrübter Gelatinecylinder der nicht verflüssigten Gelatine aufsitzt. In

der Nachbarschaft des Stichs entwickeln sich ungemein zahlreiche, winzige Colonien, welche der Gelatine ihre Durchsichtigkeit nehmen, und den Eindruck erwecken, als ob das Glas der Eprouvette angelaufen wäre, später aber, als wäre der Nährboden mit feinstem Sand vermengt. Sie kennzeichnen sich als Tochtercolonien durch ihre prachtvolle Fluorescenz.

Es hat also der Mikroorganismus die Fähigkeit, die Gelatine allseitig zu durchsetzen und Tochtercolonien in derselben zu bilden. Dadurch erklärt sich auch das eigenthümliche Verhalten der Gelatineculturen, dass manchmal die totale Verflüssigung sehr rapid schon nach 36—48 Stunden erfolgt, während innerhalb der ersten 24 Stunden nur minimale Verflüssigung sich beobachten liess. Es ist eben hier schon sehr frühzeitig zum Ausschwärmen der Organismen gekommen, welche isolirt für sich allein schon verflüssigende Colonien gebildet haben. Die Verflüssigung ist aber dann nie gleichmässig, indem sich neben dünnflüssigen Theilen weniger stark verflüssigte dicke Gelatinemassen darin vorfinden. Die Raschheit, mit welcher die Verflüssigung erfolgt, scheint vom Wasserreichthum, also von der Consistenz der Gelatine abzuhängen, was auch Hauser bei Schilderung des Proteuswachsthums hervorhebt. Die Verflüssigung erfolgt aber bei letzterem Bacillus strumpfförmig.

Andere Gelatineculturen zeigen wiederum ein Bild, wie es Fig. 4 veranschaulicht. Es bildet sich hier innerhalb 36 Stunden längs des Stichs deutliches, streifenförmiges Wachsthum aus, mit Beginn einer trichterförmigen Verflüssigung. Von dem centralen Streifen ausgehend, lassen sich nun nach allen Seiten ausstrahlende fadenförmige, feinste Fortsätze erkennen, welche die Gelatine verschieden weit durchsetzen, ohne sie vorderhand zu verflüssigen. Zwischen diesen Fortsätzen und in der von ihnen noch nicht durchwachsenen Gelatine finden sich kleinste, wie oben beschriebene Colonien.

In Traubenzuckergelatine erfolgt das Wachsthum ebenso wie in gewöhnlicher Gelatine, nur kommt es hier zu deutlicher Gasbildung.

Ist die Gelatine total verflüssigt, so erscheint sie gelbweiss getrübt, am Boden ein dichter, flockiger Satz.

Glycerin-Agar-Strichcultur: Schon nach 6 Stunden sehr deutliches Wachsthum längs des Strichs in Form einer schmalen, bandartigen Auflagerung, besonders an den unteren Theilen des Nährbodens, wo naturgemäss mehr vom übertragenen Material abgestreift wurde. An diesen unteren Theilen zeigen sich schon nach 6—8 Stunden charakteristische, oft bis $^1/_2$ Cm. lange, feine, manchmal sich gabelig theilende fadenartige Fortsätze. Nach 24 Stunden hat sich ein 2—3 Mm. breites Band von gelblichweisser Farbe und wachsartigem Glanz längs des Strichs gebildet, das allseitig umgeben ist von dicht aneinander gelagerten, den ganzen Rasen nach Art der Zähne eines Kammes umgebenden Fäden. Manche dieser feinen Fäden verzweigen sich noch astförmig, so dass stellenweise ein sehr zierliches Geflecht zu Stande kommt.

Bei anderen Culturen bilden sich wiederum plumpere seitliche Fortsätze, welche erst ihrerseits die feinen Fäden aus sich entstehen lassen.

Nach 2 bis 3 Tagen beginnen zuerst an den unteren Theilen die daselbst gelegenen Fäden zu confluiren, wodurch der Rasen sich nach unten zu bedeutend verbreitert. Es lassen sich jedoch an der Peripherie dieser unteren Theile noch hie und da deutliche Fäden erkennen, die dann noch die restlichen seitlichen Partien der Nährbodenoberfläche einnehmen. An den oberen Theilen des Rasens sind die strahlenförmigen Fortsätze dann noch immer deutlich ausgesprochen. Das Condenswasser erscheint stark getrübt, am Grunde desselben gelblich weisse Massen.

Die Bildung dieser eigenthümlichen fadenförmigen Fortsätze konnte ich aber bei auf Zucker-Agar angelegten Culturen nicht beobachten. Der Rand des sich hier rasch entwickelnden Belages war zumeist scharf und glatt, und zeigte nur hie und da seichte und leichte Einkerbungen. Um diesen streifenartigen Belag herum entwickelte sich nach 24stündigem Wachsthum ein 2 bis 3 Mm. breiter Saum, der etwas durchsichtiger und lichter gelbweiss als der übrige Rasen erscheint und von dem centralen Streifen jedoch durch eine scheinbar

freie Nährbodenoberfläche getrennt ist. Nach weiteren 24 Stunden hat sich der mittlere Streifen nur wenig verändert, dagegen hat sich der breite Rand um denselben verbreitert und fast den ganzen Nährboden überzogen. Der freie Theil zwischen ihm und dem centralen Streifen ist noch erhalten geblieben. Im Nährboden, ferner zwischen demselben und der Glaswand entstanden zahlreiche Gasblasen.

Auf Harnagar erfolgte das Wachsthum ebenso üppig wie auf den anderen Agarnährböden. Es entstanden auch Fortsätze, welche aber nicht Fadenform aufwiesen wie auf Glycerin-Agar, sondern sich vielfach zart moosartig verästelten.

Das mikroskopische Bild der von den Agarculturen angelegten Präparate war innerhalb der ersten 24 Stunden dasselbe wie das der in den Platten gewachsenen, also an den Enden abgerundete, ziemlich dicke Bacillen, die sich besonders schön und gleichmässig mit alkalischen Methylenblaulösungen färbten, und hier wieder am deutlichsten mit Sahli's Boraxmethylenblau, nach Gram sich entfärbten. Nach 36 Stunden fanden sich aber nur noch wenige Bacillen, dagegen fast ausschliesslich Involutionsformen, in Gestalt in Haufen beisammenliegender coccenähnlicher Gebilde, deren Längsdurchmesser nur wenig den Breitendurchmesser überwog (vgl. das Ergebniss der Untersuchung des Eiters). Diese eigenthümlich rasche Entstehung von Involutionsformen liess sich aber bei den späteren Generationen, wahrscheinlich in Folge von Angewöhnung an die saprophytische Wachsthumsform nicht mehr beobachten. Es zeigten dann auch 40 und 60 Tage alte Culturen ausschliesslich schöne, ausgeprägte Bacillenformen. Nur ergaben sich hier Verschiedenheiten bezüglich der Färbbarkeit der einzelnen Bacillen, indem sich neben sehr stark gefärbten Stäbchen mehr weniger zahlreiche, blässer gefärbte Bacillen (besonders deutlich bei Verwendung von Sahli's Methylenblau) beobachten liessen. Mit zunehmendem Alter der Cultur ging auch die Zahl der schöngefärbten Stäbchen zurück.

Glycerin-Agar (Stichcultur): Nach 24 Stunden deutliches Wachsthum längs des Stichs, ähnlich wie in Gelatine. An der Oberfläche des Nährbodens, in der Nachbarschaft der Einstichsöffnung, hat sich ein wachsartig glänzender weisser,

fast die ganze Oberfläche des Nährbodens überziehender Rasen gebildet, der sich nach 48 Stunden verbreitert und verdichtet. Die Contouren des Stichs beginnen etwas verschwommen zu werden; in der Nachbarschaft desselben erscheint ähnlich wie bei Gelatine der Agar getrübt; diese Trübung nimmt allmälig mehr und mehr zu, so dass die genaue Begrenzung des Wachsthums längs des Stichs verschwimmt.

In Traubenzuckeragar erfolgt das Wachsthum (Stichcultur) in derselben Weise; schon nach 24 Stunden lassen sich allenthalben im Nährboden zahlreiche Gasblasen nachweisen.

Blutserum (schräg erstarrt) Strichcultur: Längs des Strichs bandförmiges Wachsthum, im auffallenden Licht von der Farbe des Nährbodens, im durchfallenden gelblich weiss, schön fluorescirend. Condenswasser diffus geblich getrübt. Nach 3 Tagen hat sich der Streifen über die ganze Oberfläche des Nährbodens verbreitet. Die mittleren Theile lassen sich durch ihre besondere Dichte von den übrigen Partien des Rasens trennen, welche als zarte an den periphersten Theilen rauchig getrübte Auflagerungen den Nährboden überziehen. Beginn der Verflüssigung des Blutserums. Im weiteren Wachsthum schreitet diese Verflüssigung langsam fort, und erhalten die noch nicht verflüssigten Theile eine bernsteingelbe oder dunkelbraune Farbe.

Lakmusmilch (mit neutraler Lakmustinctur als Indicator versetzt): Nach 24 Stunden ist die Farbe der Milch etwas lichter geworden, bis auf einen schmalen, oberflächlichen, 2—3 Mm. breiten Streifen, der die Farbe der neutralen Lakmustinctur beibehalten hat, vielleicht sogar etwas dunklerblau geworden ist. Nach 48 Stunden hat dieser Streifen eine ausgesprochen dunkelblauviolette Farbe angenommen, die Farbe der übrigen Milch ist noch lichter geworden. Nach 3 Tagen Eintritt der Gerinnung. Das Casein, das den stark abgeblassten Farbstoff mitgerissen hat, ist noch nicht vollständig abgesetzt; oberhalb desselben die schmutzig gelbgraue, wenig durchscheinende Molke. Im weiteren Verlauf des Pilzwachsthums nimmt das Casein rein weisse Farbe an, die Molke wird durchsichtig und erhält nach 3—4 Wochen allmälig braune Farbe. Die Reaction der Milch schwach alkalisch.



b) Thierversuche.

Mit diesem, durch seine eigenthümliche Wachsthumsform ausgezeichneten Mikroorganismus nahm ich nun auch Thierversuche vor, die ihn als einen ungemein pathogenen kennen lehrten.

I. 450 Gr. schweres Meerschweinchen erhält 1 Ccm. einer 21 Stunden alten Zuckerbouilloncultur in die Bauchhöhle injicirt. Innerhalb der nächsten 3 Tage geringere Fresslust. Am vierten Tag Gewicht 300 Gr.; das Thier ist fieberfrei, sitzt traurig in seinem Käfig, ist struppig, frisst nicht, macht einen schwerkranken Eindruck. Nach weiteren zehn Tagen ist das Thier bis auf die Knochen abgemagert (Gewicht 200 Gr.) und geht an diesem Tage (dem vierzehnten nach der Impfung) zu Grunde. Vier Stunden vor dem Tode stürzt es plötzlich auf die Seite um, und zeigt tonische und clonische Krämpfe.

Die Section ergibt: sehr stark ausgesprochene Todtenstarre, der Rücken stark convex gekrümmt, die Extremitäten krampfhaft maximal gestreckt.

Peritoneum stark glänzend, seine Gefässe mässig injicirt; Milz vergrössert; in derselben, besonders zahlreich aber in der Leber stecknadelkopfgrosse gelbe Knötchen. In beiden Lungen pneumonische Herde.

Es gelingt weder aus dem Blut noch der Peritonealflüssigkeit den Bacillus zurück zu cultiviren; dagegen in Reincultur aus den Knötchen der Leber und Milz.

Mikroskopisch finden sich in den beiden letzteren Organen umschriebene Necroseherde, entsprechend den makroskopisch sichtbaren Knötchen, ausserdem zahlreiche Hämorrhagien. In den Necroseherden liess sich der Bacillus wegen der grossen Schwierigkeiten der färberischen Darstellung nicht mit Sicherheit nachweisen; der positive Ausfall der mit Organstückchen von Leber und Milz angestellten culturellen Untersuchungen beweist aber sein Vorhandensein.

II. 575 Gr. schweres Meerschweinchen erhält dasselbe Quantum wie I einer gleichaltrigen Cultur intraperitoneal. Das Thier erkrankt unter denselben Symptomen wie I. und geht

auch unter hochgradigster Abmagerung und mehrere Stunden vor dem Tode plötzlich einsetzenden Krämpfen zu Grunde.

Sectionsbefund wie bei I. Ausserdem Coecum und Colon meteoristisch ausgedehnt, der übrige Darm contrahirt. Die Gallenblase über haselnussgross, von leicht getrübter Flüssigkeit erfüllt; am Grunde der Gallenblase dicker Eiter. Im Zupfpräparat der Leberknötchen, ferner im Gallenblaseninhalt, sowie in dem der maximal ausgedehnten Blase entnommenen Harn der vorerwähnte Bacillus in Reincultur (im Harn ausserdem noch Hefepilze und Spermatozoen), was durch die bakteriologische Untersuchung bestätigt wurde.

Mikroskopische Untersuchung der inneren Organe: Befund wie bei I.

III. Eine weisse Maus erhält $^1/_2$ Ccm. einer 40 Stunden alten Bouilloncultur in die Bauchhöhle. Tod nach 6 Stunden unter Streckkrämpfen.

IV. Eine weisse Maus erhält 0·2 Ccm. derselben Cultur wie III. intraperitoneal. Tod unter tonischen Krämpfen nach 13 Stunden.

V. Eine weisse Maus erhält 0·1 Ccm. einer 4 Stunden alten Bouilloncultur in die Bauchhöhle. Tod nach 16 Stunden. Durch 2 Stunden vor dem Tode tonische Krämpfe.

VI. Eine Hausmaus erhält 0·1 Ccm. derselben Cultur wie V. in die Bauchhöhle. Tod nach 14 Stunden unter Krämpfen.

Die Section von IV., V. und VI. ergibt ziemliche Mengen freier Peritonealflüssigkeit, mit starker Injection des Peritoneum; freie Flüssigkeit in beiden Pleurahöhlen. Aus diesen Flüssigkeiten, sowie aus dem Blute des Bacillus in Reincultur züchtbar.

VII. Einem 6 Wochen alten, 1800 Gr. schweren Hund wird 0·5 Ccm. einer 6 Stunden alten Zuckerbouilloncultur subcutan unter die Haut des Rückens gespritzt. Im Laufe der nächsten Tage bildet sich an der Injectionsstelle ein leicht schmerzhaftes wallnussgrosses, fluctuirendes Infiltrat, das dann im Verlaufe weiterer 14 Tage bis auf einen derben haselnussgrossen Knoten verschwindet.

VIII. Männliches Kaninchen erhält am Abend 0·9 Ccm. einer 5 Stunden alten verflüssigten Gelatinecultur unter die



Rückenhaut. Am nächsten Tage sitzt das Thier traurig in der Ecke des Käfigs mit stark gekrümmtem Rücken, frisst nicht. 16 Stunden nach der Impfung fällt es plötzlich auf die Seite, bekommt tonische Krämpfe, die durch Klopfen an den Käfig sich auslösen lassen, und geht nach weiteren 2 Stunden zu Grunde. Auch hier die Todtenstarre ungemein ausgesprochen. Bei der Section findet sich an der Injectionsstelle nur eine kleine Blutborke, sonst nichts Pathologisches. An den inneren Organen lassen sich makroskopische Veränderungen nicht nachweisen. In beiden Pleurahöhlen mässige seröse Ergüsse. An der Lungenoberfläche kleine Ecchymosen. Milz nicht auffällig vergrössert. Coecum und Colon ascendens stark ausgedehnt, kollossale Mengen Kothes enthaltend, der übrige Dickdarm maximal contrahirt. Der rechte M. ilepsoas, weniger der linke blass, leicht zerreisslich.

Aus dem Blute, der Pleuraflüssigkeit, sowie dem Harne der Bacillus in Reincultur züchtbar.

Ergebniss der histologischen Untersuchung eines excidirten Abscesses.

Der Leiche wurde ein ungefähr wallnussgrosser, intacter Abscess vom Oberschenkel entnommen, dessen histologische Untersuchung folgendes Resultat ergab: Die epithelialen Schichten der oberen Wand des Abscesses sind stark verschmälert, die Retezapfen und Papillen vollständig geschwunden. In den oberen Schichten des Corium besteht geringgradige Gefässerweiterung und perivasculäre kleinzellige Infiltration, hie und da Reste umschriebener kleiner Hämorrhagien. In den tiefen Schichten des Cutis, sowie in der Subcutis findet sich ein bis auf die Fascie reichender, und die daselbst befindlichen Gewebe theils zerstörender, theils auseinander drängender Abscess, von welchem aus strangförmige entzündliche Infiltration sich weithin zwischen die Schichten des Bindegewebes verfolgen lässt. In der Nachbarschaft des Abscesses, und zwar sowohl am Grunde als auch an den Seiten desselben finden sich zahlreiche kleinere und grössere Hämorrhagien.



Die Abscesshöhle selbst ist erfüllt von ungemein dicht gelagerten Eiterzellen, zwischen welchen sich Fetzen nekrotischen Gewebes vorfinden.

Zwischen den Eiterzellen, und zwar hauptsächlich an der Peripherie lassen sich vermittelst der Färbung nach Gram zahlreiche Staphylococcen nachweisen, die aber gegen die Mitte des Abscesses zu spärlicher werden, während sie in den nekrotischen Gewebsfetzen vollständig fehlen.

Es erübrigte noch der Nachweis des vorbeschriebenen Bacillus im Gewebe. Da er aber nicht Gram beständig ist, hatte ich bezüglich seiner färberischen Darstellung mit grossen Schwierigkeiten zu kämpfen. Nach vergeblichen Versuchen ihn durch die Kühne'sche oder Löffler'sche Färbung nachzuweisen, gelang es mir endlich ihn durch die von Jäger[5]) angegebene Färbung im Gewebe sichtbar zu machen. Die Schnitte kamen auf 3—5' in Carbolfuchsin, hierauf in Essigsäurelösung (1 Tropfen conc. Essigsäure auf 30 Ccm. Wasser), bis der Schnitt keine Farbstoffwolken mehr abgab, und dann nur für so lange Zeit in absoluten Alkohol, als zur Entwässerung unbedingt erforderlich war.

Die Bacillen fanden sich dann ungemein zahlreich in den vorerwähnten necrotischen Gewebspartien. Sie zeigten aber hier bedeutendere Grösse als in den Reinculturen, 4—4·5 u und waren manchmal fein granulirt. Zwischen den Bacillen fanden sich auch kleinere rundliche Gebilde, die vollständig übereinstimmten mit jenen, die ich auch in den Reinculturen beobachten konnte. Sie liessen sich auch in kleineren und grösseren Haufen, die Staphylococcenhaufen sehr ähnlich waren (vergl. die Beschreibung der Häutchen in den Bouillonculturen), zwischen den Eiterzellen nachweisen.

Aetiologie der Hauterkrankung.

Es fand sich also auch in den Hautabscessen der oben beschriebene, exquisit pathogene Bacillus. Auf welche Weise war es aber zur Infection mit diesem Mikroorganismus gekommen?

Darüber gab uns nun eine Anamnese Aufschluss, welche die Herren Dr. Fähnrich, Stadtarzt in Holleschowitz bei

Prag, und Dr. Kralowetz, ebendaselbst, die den Patienten vor dessen Spitalseintritt durch längere Zeit behandelten, Herrn Prof. Pick mitzutheilen die Güte hatten. Beiden Herren sei hiemit der wärmste Dank ausgesprochen.

Dieselbe ergab, dass der Kranke durch drei Jahre an sehr heftigen, kolikartigen, mit Erbrechen einhergehenden Schmerzanfällen litt, gegen die ihm öfters Morphiuminjectionen applicirt wurden, da alle verwendeten inneren Mittel den Dienst versagten. Die damals vorgenommene objective Untersuchung des Patienten ergab das Vorhandensein einer flachen, $3^1/_2$ Cm. im Durchmesser fassenden Geschwulst (Lipoma praeperitoneale), welche operativ entfernt wurde. Die Anfälle blieben darauf drei Monate aus, kamen aber später mit gleicher Intensität wieder. Vor zwei Jahren begann nun der Kranke gegen die immer wiederkehrenden Schmerzanfälle sich selbst Morphiuminjectionen mit einer Lösung zu machen, die ihm ein Freund verschaffte. Die letzte Injection machte er sich 3 Wochen vor seinem Eintritte auf unsere Klinik in der Magengegend, wo sich auch, laut Angabe seiner Frau, innerhalb dreier Tage ein rasch zu einem Geschwür zerfallender Abscess entwickelte, dem dann alsbald an anderen Körperstellen derartige brandig zerfallende Geschwüre folgten. — Patient war also ein schwerer Morphinist, und dies erklärt seine hochgradige Kachexie und die kurz vor seinem Tode von seiner Seite gestellte Bitte um eine Morphiuminjection.

Es kam also augenscheinlich durch die Verwendung der unreinen Spritze und der ganz verrosteten Injectionsnadeln, deren Uebersendung wir Herrn Dr. Fähnrich verdanken, 3 Wochen vor dem Tode zu einer Infection der Injectionsstelle an der vorderen Bauchwand mit daran anschliessender Abscedirung derselben, und im Gefolge dieser Infection zu einer Propagation des höchst virulenten Virus an der Haut des kachektischen Individuums mit Bildung secundärer Abscesse. Wir können diese später entstandenen Abscesse als secundäre betrachten, da die 3 Wochen vor dem Tode des Kranken vorgenommene Injection überhaupt die letzte gewesen, welche er sich applicirte. Aus diesen später entstandenen Abscessen



konnte ich nun den vorbeschriebenen Bacillus fast in Reincultur, mehr weniger verunreinigt durch Staphylococcen, züchten.

Ich stehe daher nicht an zu vermuthen, dass die Infection der Injectionsstelle mit diesem Bacillus erfolgte, der sich uns auch durch das Thierexperiment als ungemein pathogen erwies. Den Befund der Staphylococcen im Abscesseiter fasse ich als einen zufälligen auf, zumal ich in den centralen Theilen des Abscesses, eingeschlossen in nekrotische Gewebsmassen ausschliesslich den Bacillus nachzuweisen in der Lage war, und sich in der Peripherie neben Staphylococcen auch entschieden Mikroorganismen vorfanden, welche vielleicht Involutionsformen des geschilderten Bacillus darstellen (vgl. die Untersuchung der Agarculturen). Es dürfte also der eigentliche Krankheitserreger, welcher zur Necrose des Gewebes führte, der charakteristische Bacillus gewesen sein, und erst secundär, ein sehr häufiges Vorkommniss, der Staphylococcus eingedrungen sein.

Bestärkt werde ich in dieser Ansicht durch die Ergebnisse einer Untersuchung von Babes und Pop,[7]) welche vor Kurzem einen Fall von „Pustula maligna mit secundärer hömorrhagischer Infection, verursacht durch einen specifischen Bacillus", veröffentlichten. Dieser letztere Bacillus hatte zwar durch sein Wachsthum den des Anthrax zerstört und verdrängt, dafür aber dann die Rolle des eigentlichen Krankheitserregers übernommen, und zum Tode des Kranken geführt.

Culturell zeigt dieser von Babes und Pop beschriebene Bacillus so grosse Aehnlichkeit mit dem von mir gezüchteten, dass ich nicht anstehe, ihn mit demselben zu identificiren. Ebenso lässt auch der positive Ausfall der Thierversuche, der ihn als einen ungemein pathogenen und rasch wirkenden Erreger hämorrhagisch-septischer Erkrankung bei Kaninchen, Meerschweinchen und Mäusen erkennen liess, diese Identificirung als gerechtfertigt erscheinen.

Was aber unseren Fall als besonders bemerkenswerth erscheinen lässt, ist der Umstand, dass es hier nicht, wie beim Falle Babes', erst zu einer secundären Infection mit diesem Krankheitserreger gekommen war, dem von einem anderen pathogenen erst der Weg gebahnt wurde, sondern dass hier schon



primär die Infection mit diesem Bacillus erfolgte. Es bilden die Bacillen, zu denen der beschriebene gehört, um mit Babes zu sprechen, „offenbar Uebergänge zu den als Proteus bekannten Formen, von welchen sie sich aber durch ihre Form, den Mangel der so charakteristischen massenhaften Schleimbildung, sowie der ungemein mannigfaltigen Formen der Stäbchen, welchen sie ihren Namen verdanken, unterscheiden".

Es ist aber der Befund dieses virulenten Bacillus in den Abscessen dieser schweren multiplen Hautgangrän auch deswegen von grossem Interesse, weil er uns einen eventuellen Anhaltspunkt gibt für die Aetiologie dieser Erkrankung.

Meinem hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Professor F. J. Pick, fühle ich mich verpflichtet, meinen herzlichsten Dank für die Ueberlassung des Falles und für die Förderung meiner Arbeit auszusprechen.

Literatur.

1. Buschke, A. Ueber chronischen Rotz der menschlichen Haut nebst einigen Bemerkungen über die Anwendung des Mallein beim Menschen. Archiv f. Dermatol. und Syphilis. Bd. XXXVI p. 323.

2. Simon. Ueber multiple cachectische Hautgangrän. Verhandl. der medicin. Section der schles. Gesellsch. für vaterländ. Cultur. Sitzung v. 20. Sept. 1878. Ref. im Archiv f. Derm. u. Syph. Bd. XI 1879 p. 394.

3. Eichhoff. Ueber multiple cachectische Hautgangrän. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34. 1880.

4. Strauss. Archive de méd. exper. 1892.

5. Jäger, H. Die Aetiologie des infectiösen fieberhaften Icterus. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. Bd. XII. 1892.

6. Hauser, G. Ueber Fäulnisbacterien und deren Beziehungen zur Septicämie. Leipzig 1885.

7. Babes und Pop. Ueber Pustula maligna mit secundärer hämorrhagischer Infection, verursacht durch einen specifischen Bacillus. Deutsche medicin. Wochenschrift. 1896. Heft 4.



Erklärung der Abbildungen auf Tafel IX.

Fig. 1. 48 Stunden alte Cultur auf schrägem Glycerinagar: Gelbweisser, wachsglänzender, streifenförmiger Belag mit dicht aneinanderstehenden, fadenförmigen Fortsätzen, die nach abwärts zu confluiren.

Fig. 2. 36 Stunden alte Cultur auf schrägem Zuckeragar: In der Mitte längs des Striches streifenförmiger Belag; über der ganzen Breite des Nährbodens, durch eine schmale Lücke von dem centralen Streifen getrennt, rapides Wachsthum, das in den oberen Theilen zur Bildung eines zarteren, in den unteren Theilen sehr dichten Belages geführt hat.

Fig. 3. 36 Stunden alte Cultur in Zuckeragar (Stich): Längs des Stichs sehr rasches Wachsthum in Form eines am Rand vielfach gekerbten Streifens.

Fig. 4. 48 Stunden alte Cultur in Gelatine (Stich): Längs des Stichs streifenförmiges Wachsthum. Von dem Streifen gehen in den Nährboden zahlreiche fadenförmige Fortsätze aus; ausserdem im Nährboden eine Unmenge kleinster Colonien. Beginn trichterförmiger Verflüssigung.

Fig. 5. 36 Stunden alte Colonie auf einer Glycerinagarplatte: Grauweisse Colonie mit nach einer Seite gedrehten Fortsätzen (Wasserstrudelform; natürliche Grösse).

Fig. 6. 48 Stunden alte Colonie auf einer Glycerinagarplatte: Grauweisse Colonie mit zahlreichen Fortsätzen, die auch seitliche Zweige entsenden (Sonnenblumenform; natürliche Grösse).

Reinzüchtung des Gonococcus Neisser in zwei Fällen gonorrhoischer Metastase.

Von

J. Jundell,

Assistenten der medicinischen Klinik Serafimerlazaretet, Stockholm.

Fall I.[1]) G. A. L., 31 Jahre Zimmermann, in die chir. Klinik des Krankenhauses am 10. Sept. 1896 aufgenommen. John Berg hat die Freundlichkeit gehabt mir diesen Fall zu überlassen.

Vor drei Wochen bekam der Pat. Gonorrhoe. Zwei Tage vor der Aufnahme ins Krankenhaus Schmerzen im rechten Fusse, anfangs nur beim Versuche zu stehen oder zu gehen, später auch bei vollständiger Ruhe.

Status den 10./9. Abendtemp. 39·1°. Beständige Schmerzen im rechten Fusse. An der Innenseite des rechten Fussgelenkes eine diffuse Anschwellung, deren grösste Mächtigkeit die Gegend hinter dem Malleolus int. einnimmt, und die nach unten bis zum os cuneiform. I, nach oben bis circa 8 Cm. über die Spitze des Malleolus int. reicht.

Starke Röthung und Empfindlichkeit über der Schwellung. Die Schmerzen am stärksten bei Palpation längs dem Verlaufe der Sehnenscheide des Musc. tib. post., wo auch eine Andeutung zu Fluctuation wahrgenommen wird. Eine unbedeutende Röthung und Schwellung ist auch an der äusseren Seite zwischen dem Malleol. ext. und dem äusseren Rande der Achillessehne zu sehen. Der Fuss wird leicht supinirt gehalten. Sowohl active wie passive Bewegungen mit dem rechten Fusse sind wegen Schmerzen in hohem Masse beschränkt; der Schmerz am stärksten bei auch dem geringsten Versuche zur Abduction oder Pronation. Supination wird viel leichter ertragen.

Reichlicher purulenter Fluss aus der Urethra.

Den 11./9. Morgentemp. 38·3°, Abendtemp. 39·0°.

Den 12./9. Morgentemp. 37·8°. Der Pat. klagt heute über Schmerzen in der rechten Hand. Auf der Dorsalseite des rechten Handgelenks sieht

---

[1]) In der Schwedischen Gesellschaft der Aerzte am 15. Sept. 1896 mitgetheilt.

13*



man eine rothe und empfindliche Anschwellung mit diffusen Grenzen, Schmerzen, obwohl nicht besonders schwere, bei Bewegungen im rechten Handgelenke. Bewegungen mit den Fingern verursachen kaum Schmerzen.

Ein Ccm. Blut wurde aus einer Vene in der rechten Ellenbogenbeuge mittelst einer sterilisirten Pravaz'schen Spritze ausgesogen. (Siehe Untersuchung I.)

Culturprobe aus der Urethra auf Ascitesagar, vorgestern genommen, zeigt heute eine reichliche Menge Gonococcencolonien.

Diagnose: Tendovaginitis gonorrhoica musc. tibial. post. dextr. und Synovitis gonorrhoica carpi dextr.

Die Sehnenscheide des Musc. tibial. post. dext. wurde heute punctirt, wobei eine eitrige, ziemlich dünne, aber schwach fadenziehende Flüssigkeit erhalten wurde. (Siehe Untersuchung II.)

Sublimateinspritzung in die Sehnenscheide. Abendtemp. 38·2°.

Den. 14./9. wurde das rechte Handgelenk punctirt, wobei man eine reichliche Menge halbklare, schwach rothgefärbte, nach einer kleinen Weile coagulirende Flüssigkeit erhielt. (Siehe Untersuchung III.)

Den 21/9. Die Schmerzen im Fusse hörten einige Tage nach der Punction der Sehnenscheide auf, aber die Schwellung und Röthung hinter dem inneren Malleolus wurde nur wenig geringer. Die Schwellung und Röthung hinter dem äusseren Malleolus deutlich gesteigert. Deutliche Fluctuation hinter dem inneren Malleolus.

Den 24./9. Gesteigerte Schmerzen und Schwellung im rechten Handgelenke. Die Schwellung um das rechte Fussgelenk immerfort bedeutend. Ein Ccm. Blut wurde aus einer Armvene ausgesogen. (Siehe Untersuchung I.)

Den 25./9. Schmerzen im rechten Handgelenke heute verschwunden.

Den 29./9. Die Anschwellung und Röthung um den rechten inneren Malleolus hat in den letzten Tagen zugenommen, jetzt aber keine spontanen Schmerzen. Incision wurde heute über der Anschwellung gemacht, wobei man in eine in der Längsrichtung des Beines laufende, circa 10 Cm. lange, subcutan liegende Höhle eindrang, welche von dunkelrothen, sehr leicht und reichlich blutenden Granulationen erfüllt war. Dieser Granulationsherd an der Innenseite des Fussgelenks setzte sich nach aussen fort, in dem lockeren Bindegewebe zwischen der Achillessehne und den tiefen Muskeln verlaufend, und reichte bis in das subcutane Bindegewebe zwischen dem Malleol. ext. und dem äusseren Rande der Achillessehne. Die Granulationen wurden mit scharfem Löffel ausgeschabt. (Siehe Untersuchung IV.) An der medialen Wand der Sehnenscheide des Musc. tibial. post. waren zwei kleine, unregelmässig begrenzte Defecte, in welchen die Sehne bloss lag. Die Sehne selbst sah etwas aufgefasert aus. Kein Exsudat in der Sehnenscheide. Nirgends eigentliche Eiterbildung. Sublimatausspülung. Jodoformgaztamponade.

Den 12./10. Die Wunde überall mit rothen, nur leicht blutenden Granulationen bekleidet, äusserst geringe Eitersecretion. (Siehe Untersuchung V.) Bei jedem Verbandwechsel haften Blutcoagula am Verbande



Den 18./10. Die Wunde wie früher. (Siehe Untersuchung VI.)

Den 30./10. Die Wunde wird jetzt mit Creolinlösung behandelt. Die Granulationen nicht so leicht blutend wie früher. (Siehe Untersuchung VII.)

Den 16./11. Die Wundhöhle bis zu einem zwei Cm. langen Fistelgange reducirt. Der Pat. fängt an zu gehen. Morgentemp. vom 13./9.—11./10. gewöhnlich ein oder einige zehntel Grad über 37·0°, Abendtemp. gewöhnlich ein bis zwei Zehntheile unter 38·0°. Später vollkommen normale Temperatur.

Bakteriologische Untersuchung von den vom Falle I genommenen Proben.

Um Wiederholungen zu vermeiden, will ich schon jetzt anführen, dass die Ascitesagarplatten bei den nachstehenden Untersuchungen nach Kiefer's Vorschrift bereitet wurden. Zu einem Theile inflammatorischen Exsudats (tuberculöse Peritonitis?) oder Ascitesflüssigkeit wurden zwei Theile neutrales Fleischpeptonagar ($3\frac{1}{2}\%$ Agar, 5% Pepton und 2% Glycerin) hinzugesetzt.

Untersuchung I. Untersuchung der am 12./9. und 24./9. entnommenen Blutproben. In beiden Fällen wurde das Blut auf je 4 Platten Ascitesagar ausgestrichen. In den Platten, die nach Verlauf von 48 Stunden untersucht wurden, waren einige Colonien von Staphylococcus pyogenes albus, aber keine Gonococcen vorhanden.

Untersuchung II. Untersuchung des Exsudates von der Sehnenscheide des Musc. tibial. post. Das Exsudat wurde in dünnen Lagen auf Deckgläschen ausgebreitet, wurde energisch mit Anilinwassergentianaviolett gefärbt, einige Male mit Gram's Jodlösung übergossen, während circa 30 Secunden in absolutem Alkohol entfärbt, mit Wasser abgespült und mit stark verdünntem Karbolfuchsin nachgefärbt. Für die mikroskopische Diagnose auf Gonococcen verfahre ich bei der Gram'schen Färbungsmethode in angegebener Weise, was nothwendig ist, wenn man Täuschungen entgehen will. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Präparate wurde eine ziemlich geringe Zahl von Gonococcen angetroffen, theils extra- theils intracellulär liegend.

Die extracellulären lagen theils isolirt, theils in Gruppen von 4—10. Intracellulär lagen sie, in Zahl wechselnd, zwischen



1 und circa 50. Ausser Gonococcen wurden andere Bakterien nur in einem Präparate und in einer einzigen Zelle gefunden, die sich von allen anderen durch eine höchst bedeutende Grösse auszeichnete.

Diese einkernige Riesenzelle enthielt mehrere verschiedene Arten Bakterien: theils Gonococcen, circa 15 Stück von typischem Aussehen, theils Diplococcen, circa 10 Stück etwas lancettförmig mit der Längsachse senkrecht auf die Theilungsfurche stehend und in derselben Weise wie die Gonococcen gefärbt (also nach Gram entfärbt), theils ziemlich lange und schmale, ebenfalls wie die Gonococcen gefärbte (nach Gram sich entfärbende) Stäbchen, entweder einfache oder als Diplobacillen in einer Zahl von circa 20, theils endlich einige kürzere Doppelstäbchen von wechselnder Länge, ebenfalls wie die Gonococcen gefärbt. Mit Ausnahme von dieser grossen, bakterienverschlingenden Zelle und zwei polygonalen (endothelialen?) Zellen, in welchen Gonococcen nicht gefunden wurden, enthielt der Eiter aus der Sehnenscheide nur gewöhnliche Rundzellen, von welchen nur eine geringe Zahl Gonococcen enthielt. Alle Gonococcen in den Präparaten hatten scharfe, typische Conturen und hatten die Fuchsinfarbe sehr wohl aufgenommen.

Je ein Tropfen des Eiters wurde auf 8 Ascitesagarplatten ausgestrichen. Nach 48 Stunden sah man in den Platten typische, gelatinös graue, in durchfallendem Lichte stark lichtbrechende Colonien von Gonococcen in einer Zahl von 10—40 in den verschiedenen Platten. Keine anderen Colonien als von Gonococcen. Einige Colonien wurden auf Ascitesagarröhren überimpft und auf diesem Nährboden in 13 Generationen fortgepflanzt. Die Coccen wurden nach Gram in 15—20 Secunden entfärbt; sie wuchsen nicht auf den gewöhnlichen Nährböden.

Untersuchung III. Je ein Tropfen des Exsudates vom rechten Handgelenke wurde auf 8 Ascitesagarplatten ausgestrichen. Alle Platten verblieben steril.

Untersuchung IV. Untersuchung von den Granulationen am 29./9. Die Deckglaspräparate, durch Streichen der Glasfläche über die Granulationen hergestellt, zeigten im Mikroskope Rundzellen, alle gleich gross und von gewöhnlichem Aussehen, und überall reichlich Gonococcen theils frei, theils



und das überwiegend, in Zellen eingeschlossen. Die freien Gonococcen entweder isolirt oder in Gruppen von 4—10. Die Rundzellen enthielten Gonococcen in einer Zahl von 1—20.

Die Oberfläche von einigen Ascitesagarplatten wurden mit den Granulationen überstrichen. Nach 24 Stunden waren in jeder Platte mehrere hundert Gonococcencolonien zu sehen. Colonien von anderen Bakterien konnten nicht entdeckt werden. Nachdem die Gonococcencolonien sich noch 24 Stunden entwickelt hatten, wurden einige auf einer Rinnensonde aufgefangen und in die Urethra eines Patienten mit Tumor cerebri im letzten Stadium inoculirt. (Siehe unten!)

Untersuchung V. Untersuchung der am 12./10. excidirten Granulationen. Ausbreitung auf Ascitesagar wie bei IV. Nach 48 Stunden Gonococcencolonien zu hunderten, ausserdem aber einige Colonien von Staphylococcus pyogenes aureus und albus.

Untersuchung VI. Die Granulationen, am 18./10. excidirt, wurden wie früher auf Ascitesagarplatten ausgebreitet. Nach 48 Stunden nur zwei Gonococcencolonien, aber zahlreiche Colonien von gewöhnlichen Staphylococcen.

Untersuchung VII. Die Granulationen, am 30./10. excidirt, gaben nach 48 Stunden gewöhnliche Staphylococcen, aber keine Gonococcen.

Inoculation mit Gonococcen vom Falle I.

Einige Gonococcencolonien, von den am 29./9. excidirten peritendinösen Granulationen erhalten, wurden am 1./10. in die Fossa navicularis eines 18jährigen Jünglings im letzten Stadium von Tumor cerebri inoculirt. Der Pat. hatte bei der Inoculation eine Temperatur von 38·2°, welche bis zum Tode beinahe ganz constant blieb. Trotzdem und trotz einer vorhandenen Incontinentia urinae mit continuirlichem Urinfluss, entstand eine starke Gonorrhoe. Die Urethra vor der Inoculation ganz gesund.

Den 2./10. Praeputium etwas geröthet und ödematös; die Schleimhaut der Fossa navicularis lebhaft roth und geschwellt; in der Mündung ein Tropfen gelbweissen, zähen Secrets. Mikro-



skopisch Gonococcen theils frei, theils in Gruppen auf und in den Zellen.

Den 4./10. Das Oedem am Praeputium stärker; reichlichere Secretion; Gonococcen zahlreich, frei und in Zellen.

Den 5./10. Reichlicher purulenter Ausfluss; Gonococcen meist in Zellen.

Den 8./10. Reichlicher purulenter Ausfluss. Culturversuch auf Ascitesagar gab nach 48 Stunden eine sehr grosse Menge typischer Gonococcencolonien.

Der Pat. starb am Abend.

Fall II. P. N., 33 Jahre, Verwalter; in die medicinische Klinik am 8./10. 1896 aufgenommen.

Vor 5 Wochen Gonorrhoe, vom Arzt mit Einspritzungen behandelt. Nach 14 Tagen geringerer Fluss und nach weiteren 14 Tagen sehr unbedeutender Fluss. Eine Woche vor der Aufnahme ins Krankenhaus fing das linke Knie, nachdem der Pat. an einer lange dauernden Jagd theilgenommen hatte, an zu schmerzen, wurde empfindlich und geschwollen. Alle Bewegungen wurden sehr schmerzhaft. Gleichzeitig Frost und Fieber. Die Tage unmittelbar vor dem Anfange des Gelenkleidens „war der Fluss vollkommen verschwunden und kam nicht mehr wieder".

Status den 8./10. Abendtemp. 38·5°. Das linke Knie stark geschwollen, die Haut darüber nicht geröthet, Fluctuation, Patella ballotirt deutlich. Active und passive Bewegungen wegen Schmerzen beinahe unmöglich.

In der Urethra eine minimale Menge zähen grauen Schleimes. Probe auf Ascitesagar zeigte nach 48 Stunden eine reichliche Menge gewöhnlicher Staphylococcen, aber keine Gonococcen. Wiederholte Culturversuche mit dem Urethralsecret gaben dasselbe Resultat. Die nur in der ersten Urinportion vorhandenen Fäden, wurden ebenfalls wiederholt durch Culturproben auf Gonococcen untersucht. Das Resultat auch hierbei negativ.

Den 8./10. Probepunction des Kniegelenks, wobei eine deutlich getrübte, etwas schleimige Flüssigkeit erhalten wurde. (Siehe Untersuchung VIII.)

Den 13./10. Morgentemp. 36·0°, Abendtemp. 39·0°. Am Abend wurde mittelst steriler Pravaz'scher Spritze 1 Ccm. Blut aus einer Armvene aufgenommen. (Siehe Untersuchung IX.) Das Knie wurde wieder punctirt, wobei eine reichliche Menge Flüssigkeit von derselben Beschaffenheit wie oben erhalten wurde. (Siehe Untersuchung X.) Sublimatinjection ins Gelenk.

Den 17./10. Die Schwellung des Knies zugenommen. Professor Berg machte eine Incision ins Gelenk, wobei circa 75 Ccm. getrübte, mit kleinen grauen Flöckchen untermischte Flüssigkeit ausrann. (Siehe Untersuchung X.) Die Temperatur während der letzten Tage zwischen 38·0° und 39·0°. Wiederholte Blutproben mittelst Stichen in die Finger. (Siehe Untersuchung IX.)



Den 17./11. Der Zustand des Pat. wurde nach und nach gebessert, aber trotz Massage und Gymnastik ist das Knie noch ziemlich steif.

Bakteriologische Untersuchung von den vom Falle II genommenen Proben.

Untersuchung VIII. Das Kniegelenkexsudat am 8./10. erhalten. Keine Gonococcen im mikroskopischen Präparate. Kulturprobe auf Ascitesagar ergab Alles in Allem 20 typische Gonococcencolonien auf 8 Platten, auf welche relativ ansehnliche Mengen Exsudat ausgestrichen worden waren. Ueberimpfung auf Ascitesagar in 16 Generationen. Kein Wachsthum auf den gewöhnlichen Nährböden. Augenblickliche Entfärbung nach Gram.

Untersuchung IX. Die Blutproben, welche bei der Fiebersteigung, die am 13./10. und den folgenden Tagen auftrat, entnommen wurden, wurden auf Ascitesagarplatten ausgebreitet. Nach 48 Stunden sind einige Platten steril, andere enthalten Colonien von gewöhnlichen Staphylococcen; keine einzige Platte enthielt Gonococcen.

Untersuchung X. Die Exsudate, die am 13./10. und 17./10. erhalten wurden, zeigten bei directer mikroskopischer Untersuchung Gonococcen in geringer Zahl, die meisten in Gruppen von 2—10 in Rundzellen eingeschlossen. Einzelne isolirte, extracellulär liegende Gonococcen waren auch zu sehen. Culturproben auf Ascitesagar mit den Exsudaten zeigten nach 48 Stunden eine grosse Zahl Gonococcencolonien, circa 75—100 in jeder Platte.

Inoculation mit Gonococcen vom Falle II.

Am 6./11. wurde in die normale Urethra eines Syphilitikers, der in die syphilidologische Klinik Prof. Welander's im Krankenhause Sct. Göran aufgenommen war, eine zwei Tage alte Gonococcencultur inoculirt, deren Vorfahren aus dem obengenannten Kniegelenke herstammten, von diesem aber drei Thierkörper passirt hatten. Die inoculirte Cultur wurde von einer Colonie erhalten, welche vom Blute der linken Herz-



kammer des letzten Thieres wucherte, nachdem dies Blut auf Ascitesagar ausgestrichen worden war.

Den 7./11. Die Schleimhaut der Fossa navicularis etwas geröthet und geschwollen. In der Urethralmündung ein Tropfen grauen, schleimigen Secrets, das bei mikroskopischer Untersuchung einige isolirte, extracellulär liegende Gonococcen zeigt.

Den 8./11. Spärliches, schleimiges Secret, das nur einige wenige extracelluläre Gonococcen, aber viele Bacillen, die theils intra-, theils extracellulär liegen, enthält.

Den 9./11. Die Secretion viel reichlicher, das Secret weniger zäh, mehr gelb; enthält zahlreiche Gonococcen, welche theils in grosser Anzahl intracellulär in Leukocyten, theils auf der Fläche von Epithelzellen, theils extracellulär liegen. Keine anderen Bakterien zu sehen. Culturprobe auf Ascitesagar zeigt nach 24 Stunden reichliche Zahl von Gonococcencolonien.

Den 10./11. Reichlicher purulenter Fluss, intracellulär liegende Gonococcen in sehr grosser Anzahl. Abortive Behandlung durch Spülungen der vorderen Urethra mit warmen Lösungen von hypermangausaurem Kali 1 : 1000.

Den 13./11. Hat 6 solche Spülungen bekommen. Starkes Oedem im Präputium, Schwierigkeit Urin zu lassen, welche indessen bald verschwand. Dünner, seröser, etwas blutiger Fluss. Im Secrete keine Gonococcen.

Den 21./11. Unbedeutender seropurulenter Fluss; einzelne Gonococcen.

Von den beschriebenen zwei Fällen hat der erste, die gonorrhoische Tendovaginitis, das grösste Interesse, weil es der erste Fall von Tendovaginitis ist, wo die Anwesenheit von Gonococcen in unwiderleglicher Weise durch Reinzüchtung und positiven Inoculationsversuch am Menschen bewiesen worden ist. In der Literatur habe ich drei Fälle von Tendovaginitis gefunden, wo angegeben wird, dass Gonococcen in Sehnenscheide gefunden worden sind. In keinem der drei Fälle wurden indessen Culturversuche auf für Gonococcen zusagendem Nährboden gemacht. Schon dieses macht, dass die Culturversuche in keinem dieser drei Fälle als vollkommen



beweisend angesehen werden kann. Die ausgeführte directe mikroskopische Untersuchung des Inhalts der Sehnenscheiden beweist auch in keinem der drei Fälle vollkommen die Anwesenheit von Gonococcen, weil in einem Falle Färbung nach Gram gar nicht versucht wurde, in den zwei anderen Fällen dagegen Färbung nach Gram zwar angewandt wurde, ohne dass aber angegeben wird, wie hierbei die Gram'sche Methode gehandhabt wurde. Ein Jeder aber, der sich etwas näher mit dem Studium über das Färbungsverhalten der Diplococcen beschäftigt hat, weiss, welch wechselndes Resultat in Betreff ihrer Abfärbung nach Gram man erhalten kann durch eine ungleich langdauernde Einwirkung von Jodjodkalium und Alkohol auf die Präparate. In der letzten Zeit haben mehrere Untersucher die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, wie die Gram'sche Methode angewandt werden soll beim Versuche zur mikroskopischen Diagnose auf Gonococcen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass hierbei Fehler begangen worden sind und von vielen noch begangen werden, was zu einer unzähligen Menge Irrungen bei den klinischen und bakteriologischen Untersuchungen auf Gonococcen Anlass gegeben hat. Indessen will ich die drei angedeuteten Fälle kurz anführen.

Dupré's Fall (1888): 2½jähriges Mädchen, bei welchem gonorrhoische Entzündung in den Sehnenscheiden der Extensoren an der Dorsalseite der beiden Hände, secundär nach einer gonorrhoischen Vulovaginitis diagnosticirt wurde. Das durch Punction gewonnene Exsudat zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung Diplococcen, die den Gonococcen mit Hinsicht auf Form und intracelluläre Lagerung glichen. Ihr Verhalten zu Gram wird nicht erwähnt. Die Flüssigkeit wurde auf die gewöhnlichen Nährsubstrate aufgetragen, welche steril verblieben.

Tollemer und Macaigne's Fall (1893). Diagnose: Tendovaginitis Musc. extens. indic. dextr. secundär nach einer gonorrhoischen Urethritis. Das Exsudat enthielt gonococcenähnliche Diplococcen, die sich nach Gram entfärbten. Die Flüssigkeit wurde auf Agar und Bouillon mit positivem Resultate übertragen. Diese letzte Mittheilung macht es zweifelhaft, ob Gonococcen in dieser Sehnenscheide wirklich vorhanden waren.

Jacobi und Goldmann's Fall (1894). Diagnose: Tendovaginitis suppurativa musc. tibial. post. sin., secundär nach einer gonorrhoischen Urethritis. Im Sehnenscheideneiter gonococcenähnliche Diplococcen, die sich nach Gram entfärbten. Culturproben, auf den gewöhnlichen Nährböden gemacht, blieben steril.

In meinem Falle I entstand ein oberflächlich liegender, durch Gonococcen verursachter Abscess oder richtiger Granulationsherd, offenbar per continuitatem von der kranken Sehnenscheide fortgeleitet, welche bei der Incision nekrotisch befunden wurde.

Zweimal früher hat man in unwiderleglicher Weise Gonococcen aus Abscessen rein gezüchtet. Der erste Fall ist der von Paltauf und Horwitz (1893): ein Abscess an der Dorsalseite des linken Metacarpus, der Sehne des Mittelfingers entsprechend, enthielt Eiter und Granulationen; Communication mit der Sehnenscheide oder mit dem Gelenk wurde nicht angetroffen. Culturversuch auf Serumagar nach Wertheim ergab Reincultur von Gonococcen. Der zweite Fall ist von Bujivid (1895): Secundär nach einer Gonorrhoe entstanden vier Abscesse, alle intramuskulär in den Muskeln der Extremitäten liegend. Die Incision liefert spärlichen Eiter, der bei mikroskopischer Untersuchung und Culturprobe auf Serumagar, Gonococcen und keine anderen Bakterien zeigte.

Im Anschluss an meinen Fall II will ich die in der Literatur vorkommenden sieben Fälle von Arthritiden, bei welchen Gonococcen sicher nachgewiesen worden sind, in aller Kürze anführen.

Rendu's Fall (1893). Gonitis. Vielleicht nicht ganz sicher, weil nicht angegeben wird, ob die einzige Colonie, die auf Ascitesagar erhalten wurde, auf den gewöhnlichen Nährböden Wachsthum zeigte oder nicht. Solche Angaben sind um so mehr wünschenswerth, als ich in einem Falle, wo die Diagnose auf gonorrhoische Synovitis (Gonitis) gestellt wurde, auf Ascitesagar drei gonococcenähnliche Colonien von einem Coccus (?) erhielt, der sich augenblicklich nach Gram entfärbte, und der an Form und Anordnung in Diplo- und



Tetraform Gonococcen sehr ähnelte. [1]) Er war aber grösser als der Gonococcus und wuchs in einer Masse Generationen auf gewöhnlichem Agar und in gewöhnlicher Bouillon. Er zeigte auf Agar eine hellgelbe Farbe. Er wuchs rascher bei gewöhnlicher Zimmertemperatur als bei 36°. Bei Aussaat in gewöhnliche Gelatine sah man nach 24 Stunden unter dem Mikroskope kleine, ganz unregelmässige, grobkörnige, mit unregelmässig gezahntem Rande versehene Colonien, die nur langsam an Grösse zunahmen. Die grössten erreichten nicht die Grösse eines Stecknadelkopfes. Die Gelatine wurde nicht verflüssigt. Die Gelatinestichcultur zeigte sich nach einer Woche als ein ziemlich unbedeutender gelblicher Streifen. In gewöhnlicher Bouillon bildete er einen mehr weniger dicken Bodensatz, während die übrige Bouillon klar blieb. Auf Kartoffel kein oder höchst unbedeutendes Wachsthum. Auf Ascitesagar geringeres Wachsthum als auf gewöhnlichem Agar. Seine pathogene Bedeutung für Thiere habe ich noch nicht geprüft. Ich habe ihn mit keinem anderen früher beschriebenen Coccus identificiren können, besonders weil die Angaben über das Verhalten der Coccen zu Gram nicht zuverlässig sind. Der jetzt beschriebene Coccus (?) wird ähnlich wie die Gonococcen augenblicklich nach Gram entfärbt.

Höck's Fall (1893). Gonitis. Der erste ganz sichere Fall.

Weifser's Fall (1894). Coxitis.

Finger, Gohn und Schlagenhaufer's Fall (1894). Multiple Gonococcenmetastasen mit secundärer septischer Infection im Anschluss an eine Blennorhoea neonatorum: Gonitis und angrenzender Abscess am Schenkel mit Gonococcen (in überwiegender Menge) und Streptococcen; Rippenperichondritis mit ausschliesslich Gonococcen; inflammatorisches Oedem am Halse und im Mediastinum; Synovitis articulationis temporomaxillaris mit ausschliesslich Streptococcen; im Blute ebenfalls nur Streptococcen.

E. Neisser's Fall (1894). Synovitis articul. talocrural. Die Culturversuche in diesem Falle beweisen vollkommen, dass

---

[1]) Das Genitalsecret wurde nicht untersucht, weil ich die Patientin nicht selbst gesehen; Luftinfection der Platten kann nicht ganz sicher ausgeschlossen werden.



hier Gonococcen vorhanden waren. Nirgends aber konnte bei Neisser's Pat. ein primärer Infectionsherd gefunden werden, trotz genauer Untersuchung der Urethra (auch mittelst Culturversuch auf Ascitesagar?). Neisser's Pat. verneinte auch bestimmt die Möglichkeit einer gonorrhoischen Infection. Auf dies letztere braucht man ja keine Rücksicht zu nehmen. Mein Fall II, der durch Inoculation an Menschen verificirt wurde, zeigt, dass Gonococcen im Secrete der primären Infectionsstelle fehlen können, obwohl die Metastase erst vor Kurzem eingetreten war.

Bordoni-Uffreduzzi's Fall (1894). Synovitis in einem Fussgelenke. Dieser Fall war vor meinen jetzt mitgetheilten zwei Fällen der einzige, wo die Sicherstellung von Gonococcen in einem metastatischen Herde durch positiven Inoculationsversuch an Menschen bewiesen worden war.

Burci und Respighi's Fall (1894). Gonitis. In diesem Falle konnten am dritten Tage keine Gonococcen in der durch Punction erhaltenen Flüssigkeit, die auf Serumagar überimpft wurde, nachgewiesen werden; am sechsten Tage aber, nach Incision und Ausschabung der Kapsel mit sterilisirtem Finger, konnten Gonococcen im Mikroskope und culturell nachgewiesen werden. Vergleiche hiermit meinen Fall II: nach der ersten Probepunction Alles in Allem 20 Colonien auf 8 Platten, nach der zweiten, 5 Tage später vorgenommenen Punction, circa 10 Colonien in jeder Platte.

Ausser aus Gelenken, Abscessen und Sehnenscheiden ist es bis jetzt gelungen Gonococcen aus pleuritischem Exsudate, Mazza's Fall (1894), aus dem Blute, Thayer und Blumer's Fall (1895), in einwandsfreier Weise rein zu züchten. Im letztgenannten Falle, der bei der Autopsie eine ulceröse, wahrscheinlich durch Gonococcen verursachte Endocarditis zeigte, wurden im Leben Gonococcen im Blute folgendermassen nachgewiesen. Zwei Cm. Blut wurden mit steriler Spritze aus der Vena mediana basilica ausgeholt und mit der doppelten Menge Agar vermischt. Nach 48 Stunden entstanden kleine weisse gonococcenähnliche Colonien, die auf den gewöhnlichen Nährböden kein Wachsthum zeigten. Die Mischung von einem Theile Blut und zwei Theilen

Agar ist ein Gonococcen zusagender Nährboden, was ich selber geprüft habe. Es unterliegt also keinem Zweifel, dass es Thayer und Blumer gelungen ist nachzuweisen, dass Gonococcen die Blutmasse inficiren können. Dasselbe habe ich durch experimentelle Untersuchungen an Thieren bewiesen.[1]) Meine Versuche, Gonococcen aus dem Blute des Menschen reinzuzüchten, sind bisher negativ ausgefallen.

Bei der Erwähnung von Thayer und Blumer's Fall, wo Gonococcen mit dem Mikroskope in den endocarditischen Auflagerungen nachgewiesen wurden, will ich, um hiermit die Aufzählung der gonorrhoischen Metastasen zu vervollständigen, die anderen in der Literatur vorkommenden Fälle von Endocarditis erwähnen, welche auf Grund mikroskopischer Untersuchungen der endocarditischen Auflagerungen mit grösster Wahrscheinlichkeit als auf Gonococcen beruhend angesehen werden können. Es sind dies die von Wilms (1893), Leyden (1893), Councilman (1893, gonorrhoische myocarditis), Winterberg (1894), Finger, Gohn und Schlagenhaufer (1895) und Michaëlis (1896) beschriebenen Fälle.

Die Diagnose gonorrhoischer Endocarditis wurde in allen den angeführten Fällen gegründet auf die directe mikroskopische Untersuchung der endocarditischen Auflagerungen, bei welcher die respectiven Untersucher Diplococcen fanden, welche in Hinsicht auf die Form, intracelluläre Lagerung und die Leichtigkeit, mit welcher sie nach Gram entfärbt wurden, Gonococcen vollständig glichen. Durch Cultur ist es noch nicht gelungen, Gonococcen in endocarditischen Ablagerungen nachzuweisen, aber vielleicht wird es nicht lange dauern, bis ein Versuch nach dieser Richtung gelingen wird. Ist dies geschehen, wird man die Analogie zwischen den Gonococcen und den gewöhnlichen pyogenen Mikroorganismen vollkommen klar gestellt haben.

[1]) Ueber diese Untersuchungen werde ich später Näheres mittheilen.



Lungenembolie bei Injection von Hydrargyrum salicylicum.

Von

Dr. **Bernhard Schulze,**

Arzt für Hautkrankheiten in Kiel.

Die Gefahren der Behandlung der Lues mit Injectionen unlöslicher Quecksilberpräparate sind hinlänglich bekannt. Wenn wir von den sich zuweilen an der Injectionsstelle zeigenden Abscessen und den Intoxicationserscheinungen, wie sie sich bei jeder Quecksilberanwendung zeigen können, absehen, so sind es hauptsächlich die in den meisten Lehrbüchern allerdings nur sehr oberflächlich angedeuteten Erscheinungen von Seiten der Lungen, welche immer wieder das Bedenkliche dieser intramusculären Einverleibung unlöslicher Hydrargyrumpräparate beweisen. Möller[1]) hat nun im dritten Heft des XXXVII. Bandes dieser Zeitschrift in ausführlicher und klarer Weise die bisher veröffentlichten wenigen Fälle von beängstigenden Lungensymptomen bei vorgenannter Therapie zusammengestellt und 28 neue Fälle seiner Praxis hinzugefügt. Auch mir begegnete, gerade als ich die Arbeit Möller's las, ein hierher gehörender Fall, und halte ich es zur Vervollständigung der Statistik derartiger Fälle für angezeigt, diesen hiermit zur Kenntniss zu bringen, da jeder hinzukommende Fall von Neuem auf die Gefahren unserer modernen Behandlungsweise hinweist, welche sich zwar nicht immer gänzlich vermeiden lassen, aber doch bei einiger Vorsicht meistens zu umgehen sind. Ich lasse nun kurz die Krankengeschichte meines Patienten folgen.

W. H., Musiker, 32 Jahre alt, bisher völlig gesund, stellte sich am 18. Sept. 1896 in meiner Sprechstunde mit einem typischen Ulcus durum im Sulcus coronarius vor. Der inficirende Coitus hatte vier Wochen vorher stattgefunden, weitere Erscheinungen von Lues waren noch nicht vorhanden. Im Laufe der nächsten Wochen entwickelten sich in regelrechter Weise die gewöhnlichen Symptome der Syphilis: Die Drüsen schwollen überall indolent an, Angina specifica, Plaques im Munde und Kopfschmerzen stellten sich ein, und am 29. October war ein allgemeines



maculo-papulöses Exanthem deutlich ausgeprägt. Während die Behandlung bisher in der üblichen Weise in Bedecken des Primäraffects mit Emplastrum hydrargyr. bestanden hatte, wurde am 29./X. die Allgemeinbehandlung in Angriff genommen, und zwar wurden aus verschiedenen Gründen Einspritzungen des unlöslichen Quecksilberpräparates Hydrarg. salicyl. 1,0 : 10,0 Paraffin. liquid. gewählt, welche ich in Zwischenräumen von 5—8 Tagen in der bekannten Weise jedes Mal ein Ccm. intramusculär anwandte. Patient vertrug die Injectionen sehr gut, klagte nicht über Schmerzen, die Infiltrate an den Einstichstellen über den Glutäen waren wenig fühlbar, die Symptome der Lues wichen schnell.

Am 16./XI. injicirte ich in den linken Glutaeus die vierte Spritze besagter Lösung, und verliess Patient, wie sonst auch, ohne Schmerzen meine Wohnung. Sofort auf der Strasse überfiel ihn aber ein heftiges Schwindelgefühl, verbunden mit Schüttelfrost, so dass er sich an der Hausthür festhalten musste; es folgten ein langer, heftiger Hustenanfall und Erbrechen, sowie starke stechende Schmerzen in der linken Lungengegend, besonders hinten und unten, so dass Patient nach seiner Angabe kaum im Stande war zu athmen. Es gelang ihm nun, mit Hilfe eines Vorbeigehenden die Strassenbahn zu erreichen und nach Hause zu kommen, wo er sofort das Bett aufsuchte. Die Nacht verlief schlaflos unter starken Schmerzen in der linken Lunge und fast ununterbrochenen Hustenanfällen, auch will Patient starkes Fieber gehabt haben. Am nächsten Morgen benachrichtete mich der Kranke von diesem Vorfall, und fand ich bei meinem Eintreffen den Patienten in einem recht elenden Zustande vor. Der Husten hatte sich zwar etwas gelegt, aber von Zeit zu Zeit traten doch noch recht starke Anfälle auf, der Auswurf war sehr gering und ohne blutige Beimischung. Die Athmung war beschleunigt und sehr oberflächlich, da Patient nur schwer und mit starken Schmerzen athmen konnte, der Schmerz war einseitig links und wurde besonders als hinten und unten angegeben. Der objective Befund der Lungen ergab nirgends eine Dämpfung, nur hinten links unten hörte man deutlich ausgeprägte, nicht sehr starke Rasselgeräusche, sonst liess sich an den Lungen nichts nachweisen, auch das Herz war völlig normal. Die Temperatur war Morgens 39·2, Abends 39·3. Die Urinuntersuchung zeigte weder Eiweiss noch sonstige Anomalien. Am nächsten Tage (18./XI. 1896) hatte sich der Zustand unter absoluter Ruhe und nassen Umschlägen auf die linke Seite wesentlich gebessert, zwar waren die Schmerzen beim Athmen noch ziemlich heftig, auch die Temperatur war noch erhöht (Vm. 38·8, Ab. 38·4) aber der Husten hatte gänzlich aufgehört, Patient hatte Appetit und fühlte sich im Allgemeinen besser.

19./XI. Temperatur Vm. 38·0, Ab. 37.8. Schmerzen geringer, Athmung leichter, Rasselgeräusche nicht mehr hörbar.

20./XI. Temper. Vm. 37·5, Ab. 37·7. Noch geringe Schmerzen, sonst keine Symptome.

Die Schmerzen wichen in den nächsten Tagen völlig, so dass Pat. nach einiger Zeit wieder ausgehen konnte.



Am 7./XII. 1896 setzte ich dieselbe unterbrochene Behandlung fort, indem ich nun genau darauf achtete, bei der Injection keine Vene zu berühren, was ich vorher bisweilen versäumt hatte. Patient erhielt dann noch einige Injectionen und wurde am 21. Januar 1897 nach Einverleibung von im Ganzen 1,2 Gr. Hydrargyr. salicyl. (12 Spritzen) als vorläufig symptomfrei entlassen. Kurz hinzufügen möchte ich noch, dass während der gesammten Behandlungsdauer sich niemals Erscheinungen von Stomatitis oder Enteritis zeigten.

Es kann sich nach meiner Meinung im vorliegenden Falle nur um eine Lungenembolie handeln, welche voraussichtlich in Folge der Verschleppung eines Paraffinpfropfes oder Quecksilberpartikelchens in die Lunge auf der Venenbahn entstanden ist. Die ganzen Erscheinungen, welche fast unmittelbar nach der Injection auftraten (es waren höchstens fünf Minuten verstrichen), lassen wohl kaum eine andere Deutung zu, und sind ja auch ähnliche Fälle in beschränkter Zahl beobachtet worden, ich erinnere z. B. unter anderen an den ersten von Lesser[2]) mitgetheilten Fall, in welchem sich fast genau dasselbe Bild zeigte. Lesser deutet diese Erscheinungen als embolischen Lungeninfarkt, entstanden durch Injection des ungelösten Quecksilbersalzes in eine Vene.

Auch Quincke[3]) berichtet über das „Auftreten entzündlicher Erscheinungen im Respirationsapparat" in sieben Fällen, doch traten die Erscheinungen in diesen nie so unmittelbar nach der Injection ein wie in meinem Fall, nur in Fall 5 und 7 werden die Erscheinungen von Seiten der Lunge bereits als am Injectionstage selbst aufgetreten angegeben, und vergleicht Quincke die Erscheinungen mit den ersten Zeichen einer beginnenden Pneumonie. Im Uebrigen decken sich die Krankheitssymtome fast gänzlich mit denen des vorliegenden Falles. Zu bemerken ist, dass es sich in den Quincke'schen Fällen ebenso wie in denen von Watrazewski[4]) und Lindström[5]) um Injectionen von Hydrargyrumpräparaten mit Oel statt Paraffin. liquid handelt, und ist darauf vielleicht das langsamere Eintreten der Lungenerscheinungen zurückzuführen. Die Oedmansson'schen,[6]) die sämmtlichen Möller'schen und der vorstehende sind durch Paraffinemulsionen entstanden, so dass er also in der Sache selbst ziemlich indifferent erscheint, welches der beiden Vehikel verwandt wird. Dass es sich aber bei den Lungensymptomen weniger um eine Quecksilberintoxication als



um Circulationsstörungen embolischer Natur handelt, scheint mir durch die eingehenden Versuche Möller's erwiesen, welcher ja embolische Erscheinungen am Thier auch lediglich durch Injection von Paraffin oder Gummi arabic. ohne Zusatz irgend eines Hydrargyrumpräparates erzielte, wenngleich nicht geleugnet werden kann, dass der Quecksilberzusatz erschwerend wirkt, und vielleicht gerade durch die Verbindung des Hydrargyr. mit dem Vehikel grössere Pfröpfe verschleppt werden, als wenn das Vehikel allein in die Venenbahn gelangt. Wären die Erscheinungen lediglich Zeichen einer Intoxication, so wäre es doch wahrscheinlich, dass sich noch andere Symptome derselben, wie Stomatitis, Euteritis u. s. w. früher oder später bemerkbar gemacht hätten, was in meinem Falle z. B. absolut nicht eintrat.

Ich kann mich daher den Anschauungen Möller's im Allgemeinen nur anschliessen und das von Blaschke[7]) vorgeschlagene Verfahren „nach Einstich der Nadel erst abzuwarten, ob sich keine Blutung an der Canüle (oder in derselben) zeigt, und nur dann, wenn dies nicht der Fall ist, die Injection auszuführen“ als sicheres Mittel empfehlen, um derartigen unangenehmen und gefahrdrohenden Zufällen zu entgehen, wie sie sonst leicht eintreten können und eingetreten sind. Beachtet man diese Vorsicht, so ist die intramuskuläre Injection unlöslicher Hydrargyrumpräparate, welche ich der von Neisser ausgeübten subcutanen vorziehe, nicht mehr zu fürchten als jede andere Quecksilberanwendung und kann nach wie vor in der Syphilistherapie ihre bleibende Stelle behalten, da sie oft die einzige Applicationsart bildet, welche angewandt werden kann.

Literatur.

1. Möller, Magnus. Ueber Lungenembolie bei Injection von unlöslichen Quecksilberpräparaten. Archiv f. Dermatol. u. Syph. XXXVII. Heft 3 p. 344.
2. Lesser. Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syph. 1888 p. 909 ff.
3. Quincke. Berl. klinische Wochenschr. 1890 p. 401.
4. Watraszewski. Archiv f. Derm. u. Syph. 1889 p. 835 ff.
5. Lindström. Med. Rundschau. 1890.
6. Oedmansson. Nord. med. arkiv. 1891. Bd. XXIII. Nr. 23.
7. Blaschko. Deutsche med. Wochenschr. 1892 p. 965.



Aus der Münchener chirurgischen Klinik.

Ueber Alopecia congenita.

Von

Privatdocent **Paul Ziegler,**
I. Assistenzarzt.

(Hierzu Taf. X, XI u. XII.)

Durch Zufall gelangte ich vor 1 Jahre zur Beobachtung eines interessanten Falles von angebornem gänzlichem Haarmangel bei einem 17jährigen Mädchen, dessen Vater ich an einer Hydrocele behandelt hatte. Dasselbe war nach Aussage der Eltern gänzlich haarlos, im übrigen völlig normal entwickelt, zur Welt gekommen, als das jüngste von 11 Geschwistern, die ebenfalls alle normal entwickelt waren und auch bezüglich des Haarwuchses keine Abnormitäten zeigten. Weder Eltern noch Grosseltern noch jemand in der übrigen Verwandtschaft weisen irgend eine Anomalie des Haarwuchses auf. Seit dem Eintritt der Periode im 13. Lebensjahre treten alle 4 Wochen am Hinterhauptshöcker ein kleines Büschel schwarzer Haare auf, die nach 4 Tagen mit dem Aufhören der Periode wieder verschwinden; ungefähr seit derselben Zeit soll sich ein leichter Flaum an den Wangen gebildet haben. Vor 1 Jahre traten einige wenige Haare an den Augenbrauen und an den Lidern von normalem Aussehen auf. Seit kurzem bemerkte Patientin beim Waschen leichten Anflug von Wollhaaren an beiden Vorderarmen.

Das kräftig entwickelte Mädchen ist von gutem Ernährungszustande, zeigt abgesehen von den Haaren keinerlei Abnormitäten, insbesondere sind Zähne und Nägel normal entwickelt; nur das physische Verhalten ist etwas scheu und ängstlich. An den Augenbrauen und Lidern sind einige spärliche, normal aussehende Haare, zartes Wollhaar an beiden Wangen

und Vorderarmen, sonst entbehrt der ganze Körper incl. Kopf, Scham und Achseln jeglichen Haarwuchses. An beiden Oberarmen, an den Schultern und Oberschenkeln findet sich allenthalben reichlicher Lichen pilaris, aber auch nach Abkratzen der Epidermis und Betrachtung mit der Lupe ist kein Haar dort zu entdecken. Durch viele Bemühungen gelang es mir, von der sehr ängstlichen Patientin die Erlaubniss zu erwirken, dass ich ein kleines Hautstückchen aus der Kopfschwarte in der Scheitelgegend behufs mikroskopischer Untersuchung excidiren durfte. Die kleine Wunde heilte per primam.

Die mikroskopische Untersuchung des Hautstückchens zeigte normal entwickeltes Epithel mit reichlichen Papillen, dagegen fehlten in sämmtlichen Schnitten, in welche das ganze Stückchen zerlegt wurde, sowohl Haare als Haarpapillen, bei Vorhandensein reichlicher, gut entwickelter, zum Theil mehrfach verzweigter Talgdrüsen, welche die verschiedensten Stadien der Zellentwicklung darboten und deren Ausführungsgänge mit normalem geschichtetem Plattenepithel in kleine trichterförmige Einsenkungen des Oberflächenepithels mündeten.

In der Nähe der Talgdrüsen, meist an deren Basis, stets entfernt vom Oberflächenepithel, finden sich vereinzelte, spärliche Epithelschläuche mit weitem meist kreisrundem Lumen; das Epithel besteht aus 4—6 Schichten, an der Basis niedriges Cylinderepithel, nach innen zu abgeplattete polygonale Zellen in 3—5facher Lage, die äusseren weisen neben den Kernen Eleidinkörner auf, die inneren sind zum grössten Theil kernlos. Innerhalb des Lumens findet man an verschiedenen Stellen vereinzelte kernlose Zellcontouren und Detritus, nie aber Spuren von Haare, obwohl die Schnitte alle zur möglichsten Schonung in Paraffin eingebettet und aufgeklebt behandelt wurden.

Diese Schläuche, die ein viel weiteres Lumen als normale Haarwurzelscheiden zeigen, sind gewunden, denn man findet manchmal mehrere Lumina dicht nebeneinander, zum Theil noch durch Epithel verbunden, und scheinen gegen die Oberfläche geschlossen, wenigstens habe ich nirgends Ausmündungen gesehen, nur ein paarmal konnte ich kleine Epithelstreifen von der Nähe der Lumina nach oben ziehend erkennen.

Die Schläuche sind von circulär angeordneten Bindegewebszügen umhüllt, in deren Gegend glatte Muskelfasern einmünden, die den Mm. arrectores pil. entsprechend mächtig entwickelt von der Oberfläche schräg nach der Tiefe gegen die Talgdrüsen und die Schläuche ziehen. Glatte Muskelfasern findet man auch in der Umgebung der Schweissdrüsen, welch' letztere in normaler Häufigkeit und Lage, von normaler Form sowohl was Drüse als Ausführungsgang betrifft, sich finden.

Gemäss der Anordnung des Bindegewebes, der Muskelfasern, der einzelnen Epithelschichten, besonders auch nach dem Vorhandensein der durch Carminfärbung deutlich sichtbaren Eleidinkörner in der auf das Cylinderepithel folgenden Schicht müssen die Epithelschläuche wohl als Reste der äusseren Haarwurzelscheide aufgefasst werden, obwohl nirgends eine Spur von Papille, von innerer Haarwurzelscheide oder Haar gefunden werden konnte.

Ich ordinirte anfangs der Patientin Arsenik in Form der Pilul. asiaticae, dann gab ich ihr Schilddrüse frisch und in Pastillen, doch entzog sich die Patientin nach ca. 2 Monaten meiner Beobachtung, ohne den mindesten Effect erreicht zu haben.

Vor kurzem sah ich sie vorübergehend wieder, der Zustand war völlig unverändert, nur am rechten Knie konnte ich 2 je 1 Cm. lange wohl entwickelte, schwarze Haare, die sich bei leichtem Zug schon ausziehen liessen, constatiren.

Da in den meisten gebräuchlichen Lehrbüchern diese merkwürdige Anomalie des angebornen Haarmangels nur kurze Erwähnung als seltenes Vorkommniss findet, bemühte ich mich für Aetiologie, Prognose und vielleicht auch für die Therapie aus der Casuistik der bisher bekannten Fälle Gewinn zu ziehen.

Bei Hippocrates und Procopius[1]) sind schon viele Fälle von angeborenem Haarmangel beschrieben.

Danz[2]) erwähnt 2 erwachsene Personen, wo nebst den Haaren auch die Zähne fehlten, Steining[3]) ein Geschwisterpaar, das am ganzen

[1]) Hebra und Kaposi. 1876. II. Bd. p. 143.

[2]) Ibid. Archiv f. Geburtshilfe. Bd. 4 p. 684.

[3]) Frorieps Notizen. 26. Bd. Nr. 4.



Körper kahl war, bei normalem Zahnbefunde; auch Augustin[1]) berichtet von angebornem Haarmangel.

Rayer[2]) hat einige Fälle von angeborenem Haarmangel und Ausbleiben des Haarwuchses auch in späterer Zeit beobachtet; er beschreibt einen 32jährigen Mann, der bei der Geburt gänzlich haarlos war, jetzt zwar am Kopfe eine grosse Zahl sehr kleiner, äusserst feiner, farbloser Haare aufwies, doch fehlten an den Lidern die Wimpern, der Bart spärlich, statt der Augenbrauen nur einige sehr feine und kurze Haare, an Brust, Scham und Achseln nur einige Haare, dagegen zahlreiche an der Innenseite der Unterschenkel.

Thurnam[3]) überliefert uns von 2 leiblichen Vettern, Geschwisterkindern, die beide mit totalem Defect der Haare geboren, zur Heilung gelangten unter gleichzeitiger beträchtlicher Verspätung der Zahnentwickelung. Fuchs fand bei neugebornen Kindern einzelne Partien der übrigen mit Haaren versehenen Kopfhaut unbehaart.

Nach Hill sollen einige Rassen in Australien völlig kahl sein. Pareydt[4]) demonstrirte einen 48jährigen Mann, der völlig zahn- und haarlos war, nur im Gesicht fand sich reichlicher Backenbart, dagegen in den Achseln, am Haupte und an der Scham nur Flaumhaare. Seine Grossmutter mütterlicherseits hatte weder Haare noch Zähne.

Miclucho-Maclays[5]) hat 2 völlig haarlose Australier untersucht, die muthmasslich von einer behaarten Mutter und einem unbehaarten Vater stammten. Diese hatten 5 Kinder: die ältesten 2 Töchter waren unbehaart, ebenso wie der Sohn, die 2 jüngeren Töchter waren normal behaart. Die eine unbehaarte Tochter hatte 2 normal behaarte Kinder. Die eine unbehaarte Tochter und der Sohn wurden von Miclucho-Maclays untersucht: nur die Augenlider, beim Manne auch der Nasenrücken, wiesen einige rudimentäre Härchen auf, sonst nirgends eine Spur. Die Zähne waren normal.

Besonderes Interesse erregt die Veröffentlichung von Schede[6]) über 2 haarlos geborne Geschwister, einen 13jährigen Knaben und ein 6 Monate altes Mädchen, wo jede Spur von Haaren, auch Wollhaar vermisst wurde. 2 Geschwister, ebenso die Eltern sind völlig normal; die Kinder sind durchaus gehörig entwickelt. Die mikroskopische Untersuchung eines Stückchens aus der Kopfhaut des Knaben ergab: grosse normale Talgdrüsen, in halber Höhe derselben oder tief neben oder unter dem Grund der Talgdrüsen, aber fast ausnahmslos in ihrer unmittelbaren Nähe liegen eine grosse Anzahl von kleineren und grösseren, durch Bindegewebe von den Talgdrüsen scharf abgegrenzten Atheromen, rudi-

[1]) Asklepieion. Jahrg. 1812. H. 3.

[2]) Rayer's Darstell. der Hautkrankh. nach Stannius. Berlin 1839.

[3]) Med. chir. Transact. Volum. XXXI. 1848 p. 71.

[4]) Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilkunde. Nr. 2. 1886.

[5]) Zeitschrift für Ethnologie. 13. Bd. 1881.

[6]) Archiv f. klin. Chir. 1872 p. 158.



mentären Anlagen der äusseren Haarwurzelscheiden, mit denen sie im Bau übereinstimmen; sie finden sich immer nur in den tieferen Schichten der Cutis. Schweissdrüsen sind normal entwickelt, ebenso die mm. arrector. pil., welche als breite Bündel von der Gegend der Mündung einer Talgdrüse gegen den Grund der nächsten ziehen und hier sich gerade um die Atherome verästeln. Von einem Haar oder ausgebildetem Haarbalg ist nirgends etwas zu sehen.

Jones und Atkins[1]) haben ebenfalls die mikroskopische Untersuchung der Haut eines haarlos gebornen Kindes vorgenommen und spärliche Abortivformen von Haarfollikeln gesehen.

Quilford[2]) berichtet von einem 48jährigen Manne, der völlig zahnlos war, im Gesicht zwar einen Backenbart trug und reichlich Haare an der Achsel und an der Scham aufwies, am Haupt aber nur spärliche Flaumhaare, an der übrigen Haut fehlten die Haare und am ganzen Körper völlig die Schweissdrüsen, selbst an vola und planta.

Von Luce[3]) stammt eine Mittheilung über ein Mädchen, das völlig kahl bei glatter Haut auf die Welt gekommen war; im Alter von 6 Monaten wurde die Haut uneben, höckrig, im Alter von 6 Jahren begannen spärliche Haare, aber viel dicker als normal zu spriessen, was später noch mehr zunimmt; die Haut bietet das Bild einer Xerodermie.

Hutchinson[4]) beobachtete einen Knaben von 3½ Jahren mit angeborner völliger Kahlheit; seine Mutter war in Folge einer im 6. Lebensjahr auftretenden Alopecie völlig kahl geworden mit abnormer Trockenheit der ganzen Haut.

Molènes[5]) verdanken wir folgende Veröffentlichung: Ein im übrigen normal entwickeltes Mädchen war nach Aussage der Eltern, abgesehen von einem kaum sichtbaren Flaum und einigen Wollhaaren statt der Cilien völlig kahl zur Welt gekommen; die Haut im übrigen normal, auch Nägel gut ausgebildet. Mutter und ein Bruder des Mädchens hatten im Alter von 19 und 6 Jahren zeitweilig an Haarschwund gelitten, sind aber völlig gesund geworden. Die spärlichen Cilien fielen im Alter von 5 Monaten aus ohne neuen Ersatz. Im Alter von 16 Monaten gelangte es in Behandlung von Molènes, der einen completen Haarmangel constatirte. Die Haut ist glatt, ausserordentlich weiss zahlreiche Drüsenausführungsgänge mit der Lupe zu erkennen, an den Lidern einige Flaumhaare, keine Conjunctivitis. Bezahnung normal. 5 Monate nach Einleitung der Behandlung (Waschungen mit Lösungen von ac. salicyl., mit Sublimatalkohol, Milchsäure und Einreiben verschiedener schwach reizender Salben) zeigten sich die ersten Haare; jetzt nach

[1]) Dublin Journ. Med. Sc. 1875 p. 200.
[2]) Wiener med. Woch. 1883. Nr. 37.
[3]) Thèse de Paris 1879. Rech. sur un cas très curieux d'alopecie.
[4]) Lancet 1886 p. 923.
[5]) Annal. de derm. et de syph. 1890 p. 548.



3½ Jahren besteht normaler Haarwuchs mit Ausnahme eines kleinen Fleckes hinter dem linken Ohre.

Aubry[1]) beobachtete eine angeborne Alopecie bei einem 18jährigen Knaben, wo der Haardefect sich nur auf den Kopf und hier nur auf die Gegend der Knochennähte beschränkte, und zwar fanden sich 2 haarlose Streifen entsprechend der Coronarnaht, eine entsprechend der Lambdanaht. Der Schädel von normalem Umfang, aber ungleichmässig. Aubry glaubt, dass ein gewisser Grad von Hydrocephalie vorgelegen hat, der geheilt ist.

In einem Fall von Fordyce[2]) bei einem 4jährigen Mädchen sollen bei der Geburt nur einige Haare vorhanden gewesen sein, die sehr bald nachher ausfielen; einige Haare an den Augenbrauen sind noch geblieben. In der Familie keine Heredität.

Von Abraham[3]) erfahren wir folgende Mittheilung: Eine 33jährige Frau wies einen völligen Haardefect an den Augenbrauen, Armen, Beinen und am Stamm auf, spärlichen Haarwuchs am Kopf, Scham und Achseln. Sie soll mit langem Flaum zur Welt gekommen sein, aber auch dieser sei bald ausgefallen. Bis zum 18. Jahr sei sie völlig kahl gewesen, ohne jegliches Haar am Körper, bis sich nach und nach der schwache Ersatz an den erwähnten Stellen zeigte. Patientin war seit 9 Jahren verheiratet und hatte 2 Kinder von 5 Jahren und 15 Monaten; beide wurden mit spärlichem Haar geboren, das nach 3 Monaten ausfiel; gegenwärtig sind beide Kinder ganz kahl.

In der Soc. franc. de Dermat. et de Syph., Sitzung vom 10./XI. 1892[4]) wurden 2 Fälle von angeborner familiärer Alopecie mit Rosenkranzmissbildung der Haare vorgestellt, wobei von Tenneson auf den Zusammenhang mit der Keratosis pilaris hingewiesen wurde.

Bei Joseph[5]) finde ich einen Fall von Schultz angeführt: einem 35jährigen Manne mangelte jeglicher Haarwuchs bis auf 10 um die Mnndwinkel gruppirte 1—1½ Cm. lange Härchen.

Bei der Durchsicht der vorliegenden Literatur ergibt sich, dass das Krankheitsbild des angeborenen Haarmangels durchaus kein einheitliches ist; zu einer präcisen Eintheilung jedoch genügen die bisherigen spärlichen mikroskopischen Untersuchungen keineswegs. Um den angeborenen Haardefect scharf abzugrenzen von dem erworbenen in seinen verschiedenen Formen, wäre es zweckmässig, den Namen Alopecie, den in strengem Sinne das Ausfallen schon vorhandener Haare be-

---

[1]) Annal. de Dermatologie. 1893.

[2]) Journ. of cut. and gen. ur. dis. März 1895.

[3]) Brit. Journ. of Derm. April 1895.

[4]) Monatshefte f. prakt. Derm. 1892 p. 618.

[5]) Lehrbuch der Hautkrankh. Berlin 1892.

deutet, hier ganz fallen zu lassen und die schon von anderen vorgeschlagene Bezeichnung Atrichia oder Oligotrichosis oder nach Bonnet's Vorschlag congenitale Hypotrichosis allgemein einzuführen. Um einen absoluten Haarmangel handelt es sich in den wenigsten Fällen, meist befindet sich ein schwacher Flaum an der einen oder anderen Region oder er war wenigstens bei der Geburt vorhanden, wenn er auch bald nachher verschwand. Neben dem über dem ganzen Körper ausgedehnten, universellen, mehr oder minder völligem Defecte der Haare gibt es nun auch angeborene umschriebene Atrichien, für die ich als Beispiel den Fall von Aubry in Erinnerung bringen möchte, wo der partielle Haardefect entlang den Knochennähten verlief.

Was nun die verschiedenen Formen der Atrichien anlangt, so gibt es Fälle, wo die Entwicklungsstörung im ganzen Epidermoidalgebilde Platz gegriffen hat, wo also neben den Haaren, auch die Zähne, Hautdrüsen und Nägel in der Ausbildung zurückgeblieben sind oder gänzlich fehlen, und zwar bei vorhandener und fehlender hereditärer Belastung; dies gehört jedenfalls zu den grössten Seltenheiten und was den Hautdrüsendefect betrifft, ist der Fall von Quilford wohl bis jetzt ein Unicum. Das Fehlen der Haare allein nun kommt vor bei ganz gesunden Kindern ohne hereditäre Belastung, wie die Beobachtungen von Schede und mir zeigen, oder bei Kindern, deren Eltern entweder selbst mit Atrichie zur Welt gekommen sind oder im Laufe des späteren Lebens den Haarverlust erlitten haben. In letzterem Falle kann jede Spur einer Hauterkrankung beim Kinde fehlen oder es kann die Xerosis pilaris oder Ichthyosis, die bei den Eltern schon den Haarausfall bedingte, sehr bald nach der Geburt auch beim Kinde zum Vorschein kommen.

Für die in den Lehrbüchern als ätiologisches Moment angeführte Syphilis habe ich in den aufgefundenen Krankengeschichten keinen Beleg finden können; dagegen ist wohl die Möglichkeit von nervösen Einflüssen zuzugeben insbesondere in derartigen Fällen, wo die Atrichie sich z. B. nur auf die Gegend der Knochennähte beschränkt.



Die mikroskopischen Untersuchungen, welche nur die Fälle von Schede und auch den von Jones und Atkins betreffen, bieten nun ein mit meiner Beobachtung fast völlig übereinstimmendes Bild: bei wohl ausgebildeten Talgdrüsen unterhalb derselben abgeschnürte äussere Haarwurzelscheiden ohne Spur einer inneren Haarwurzelscheide, eines Haares oder einer Haarpapille, mit weiten, zum Theil von Epitheldetritus erfüllten Höhlen, während Schweissdrüsen und Mm. arrectores pil. in normaler Weise entwickelt sind. Dass die ursprüngliche Anlage des Epithelzapfens, aus dem das Haar sich entwickelt hat, eine normale war, geht daraus hervor, dass die ebenfalls aus dem Epithelzapfen hervorspriessende Talgdrüse eine normale Entwicklung erlangt hat, dass der Drüsenausführungsgang völlig der normalen äusseren Haarwurzelscheide entspricht, dass in den den Basalzellen benachbarten Zellen der abgeschnürten Drüsenschläuche noch Eleidinkörner zu finden sind. Die Ursache für das Ausbleiben des Haarwuchses muss, da die ganze Umgebung, Drüsen, Haarmuskeln, normal entwickelt sind, in einer localen Veränderung der äusseren Haarwurzelscheide und zwar da der Ausführungsgang der Drüse normal ist, in seinem unterhalb derselben gelegenen Theil begründet sein. Während unterhalb der Einmündung der Drüse normaler Weise Stratum granul. und Hornschicht fehlen, sind hier selbst in den erweiterten Schläuchen noch die Eleidinkörner vorhanden und die innersten Epithellagen erscheinen kernlos, abgeplattet wie Hornzellen. Der reichliche Zerfall der übermässig producirten Zellen kann eine Verstopfung des unteren Theiles der Haarwurzelscheide bewirken und so analog der Bildung der Atherome bei verstopften Talgdrüsenausführungsgängen, eine Verengerung, eine Abschnürung der untersten Partien der Haarwurzelscheide entstehen, ehe noch die Papille gebildet ist. Vom klinischen Standpunkte aus ist nun nicht anzunehmen, dass alle Fälle angebornen Haardefectes ein ähnliches Bild wie die erwähnten bieten, sondern dass es sich in manchen, besonders denen, die in kurzem Heilung oder Besserung erfahren, nur um ein verspätetes Wachsthum der im übrigen normalen Haaranlagen handelt. Dafür, dass thatsächlich eine völlige Abschnürung stattgefunden hat, spricht neben der



starken Erweiterung der nur in den tieferen Schichten der Cutis sich findenden Schläuche das Fehlen von Ausmündungen an der Oberfläche trotz Durchsuchung zahlreicher Schnitte. Von der Beschaffenheit der Haaranlage ist die Prognose abhängig und diesbezüglich würden wir natürlich den sichersten Aufschluss durch das Mikroskop bekommen. Nach der Erfahrung ist die Prognose der universellen Atrichie im allgemeinen keine schlechte, da man ja noch nach 18 Jahren Heilung eintreten sieht. In unserem Falle, wo die Haaranlage wenigstens in dem untersuchten Stück sehr spärlich erfolgt scheint und völlige Abschnürung besteht, kann auf Besserung nicht gehofft werden, so ferne die histologische Beschaffenheit am ganzen Körper in gleichem besteht. Partielle Atrichie hat von vornherein eine schlechte Prognose, was z. B. bei dem Falle von Aubry nicht auffällig erscheint.

In den Fällen, wo es sich um ein einfaches verspätetes Wachsthum, meist in Verbindung mit erschwerter Dentition handelt, wird die Therapie mit schwach reizenden Wassern oder Salben Erfolge erweisen. In einem Falle von Abraham soll durch Fütterung mit Schilddrüse Besserung eingetreten sein, ebenso durch Behandlung mit einem constanten Sauerstoffspray nach einer Empfehlung von Stocker's. Auch ich habe versucht, durch Schilddrüsenfütterung Besserung zu erzielen, allein die Patientin entzog sich bald meiner Behandlung und ich glaube nicht, dass sie durch das Wegbleiben von der Behandlung sich einen wesentlichen Schaden zugefügt hat.

Herrn Prosector Dr. Böhm, der in gewohnter Liebenswürdigkeit die mikroskopischen Befunde revidirte, spreche ich auch auf diesem Wege meinen besten Dank aus; ebenso Herrn Privatdocenten Dr. Barlow für die gütige Ueberlassung seiner reichhaltigen Bibliothek.



Erklärung der Abbildungen auf Tafel X, XI u. XII.

I. Senkr. Schnitt durch die Haut. *A A* O_2 Boden Zeiss. *a* Talgdrüse. *b* Querschnitt eines Epithelschlauches. *c* Arrector pili, der einerseits zum Epithelschlauch, anderseits zur Talgdrüse zieht.

II. Senkr. Schnitt durch die Haut. *A A* O_2 Boden Zeiss. *a* Talgdrüse. *b* Zwei nahe aneinander liegende Durchschnitte eines Epithelschlauches. *c* glatte Muskelfasern. *d* Schweissdrüse.

III. Leicht schräg getroffener Querschnitt eines Epithelschlauches. Immers. Oc. 2. Aussen die Basalzellen, dann polygonale Zellen mit Eleidinkörnern in den Kernen, dann abgeplattete, zum Theil kernlose, verhornte Zellen.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Verhandlungen des Vereines Ungarischer Dermatologen und Urologen.

Sitzung vom 24. September 1896.

Vorsitzender: Schwimmer. Schriftführer: Török.

I. Josef Sellei. Fall von Filaria medinensis. Patient, Mitglied einer sich in Budapest aufhaltenden Neger-Colonie, ist in Afrika — Acria — geboren; von der 180 Köpfe zählenden Truppe litten 9 an der Filaria; bei allen diesen konnte er den Wurm im subcutanen Bindegewebe finden; über das Vorhandensein desselben im Bindegewebe anderer Organe hat er keine Erfahrungen. Am häufigsten, so auch beim demonstrirten Kranken kommt die Filaria an den unteren Extremitäten vor, seltener anderswo; so sah er dieselbe in einem Falle im subcutanen Bindegewebe des Scrotum. In allen diesen Fällen, so auch hier, entwickelte sich die Affection folgendermassen: eine anfänglich haselnuss-, dann wallnussgrosse fluctuirende Geschwulst war unter der Haut zu tasten; dieser locale Process verursachte keine grössere Reaction im Organismus, es war auch dieser selbst von keiner grösseren Temperaturveränderung begleitet; auch bedeutendere Schmerzen traten nicht auf, es waren die Kranken nur bei Bewegungen und beim Gehen gehindert.

Der Tumor kam in der zweiten oder dritten Woche seines Bestandes zur Abscedirung, brach auf; in der geringen Eitermenge zeigte sich ein Ende der Filaria, welche die Kranken selbst hervorzuziehen pflegten und um das Zerreissen derselben und ein Zerstreuen der dadurch befreiten Eier zu verhindern, auf ein Stäbchen aufwickelten; binnen 8 bis 10 Tagen wird der Wurm auf diese Weise in toto entfernt, und es stellt sich an der Stelle des Geschwüres die Restitution sehr rasch her. Die Geschwulst übt manchmal, theils wegen ihrer Grösse, theils weil sie 2—3, ja sogar mehr Filarien enthält, einen Druck auf die darunter befindlichen Blutgefässe aus, wodurch Stase und Oedem auftritt: so war es bei einem Kranken, welcher auf die erste interne Klinik des Herrn Prof. Korányi kam. Bei diesem war die rechte untere Extremität vom Knie abwärts verdickt und wies eine auf Druck empfindliche fluctuirende Geschwulst auf, welche incidirt, grosse Menge blutigen Eiters (zwei 8 bis 10 Cm.) und Filaria entleerte.



II. Schwimmer. Tuberculosis cutis. O. J., 37 Jahre alter Vergolder. Seine Mutter starb an Tuberculose. Im Januar 1896 bemerkte er an der Schleimhaut seiner Nase empfindliche Exulcerationen, welche sich mit Krusten bedeckten. Bald darauf röthete sich und schwoll die Haut der Nase an, so dass er die dermatologische Klinik aufsuchte. Hier wurde seine Nase scarificirt. Danach wurde die Röthe und Anschwellung der Nase noch stärker. Kein Schmerz. Status praesens: Die Nase, besonders im Querdurchmesser, vergrössert, gedunsen, bläulichroth. Die Hautveränderung begrenzt sich mit verwaschenen Rändern nach aufwärts gegen die Nasenwurzel. Auf beiden Nasenflügeln sind stecknadel- bis hanfkorngrosse bläulichrothe Knötchen sichtbar, von welchen einige unter der verdünnten Haut einen eiterähnlichen Inhalt aufweisen. Links von der Nasenspitze sieht man eine durch Confluiren der kleinen Läsionen entstandene, in der Mitte eingesunkene Erhebung von Thalergrösse. Die Knötchen sind weich, unempfindlich. Aehnliche Knötchen am Naseneingange und an der Oberlippe. Eine grössere Erhebung von etwa $\frac{1}{2}$ Cm. im Durchmesser auf dem rechten Nasenflügel. Noch ist zu erwähnen, dass der Kranke seit Jahren hustet; Percussionsschall über der Lungenspitze links gedämpft; rauhes Ein- und Ausathmen. Gegen Lupus vulgaris spricht die rasche Entwicklung und die überaus weiche Consistenz der Knötchen; gegen Syphilis der Mangel der anamnestischen Daten und der Umstand, dass während des 9 Monate langen Bestandes kein Zerfall der Knoten aufgetreten war, sowie der Mangel sonstiger syphilitischer Veränderungen; gegen Acne spricht das Ausbleiben einer raschen Vereiterung und der Mangel der der folliculären Eiterung nachfolgenden Narben. Schw. nimmt an, dass es sich hier um einen tuberculösen Process handelt.

S. Róna: Dem Wesen nach ist wohl ein tuberculöser Process vorhanden, von klinischem Standpunkte muss aber im vorgestellten Falle Lupus vulgaris diagnosticirt werden.

Marschalkó hält den Fall ebenfalls für Hauttuberculose.

Schwimmer betont nochmals, dass das weiche Gewebe gegen Lupus spricht.

III. Schwimmer: Lues hereditaria tarda. Sch. A., 12 Jahre altes Mädchen. Ihre Eltern leben und sind gesund, ebenso 3 Geschwister; drei andere sind gestorben (2 an Diphtheritis). Seit 5 Jahren entwickelt sich an der Vorderfläche des oberen Drittels der linken Tibia ein Knoten, der sich allmälig vergrössert. Zu gleicher Zeit entstand ein zweiter Knoten am Ulnartheil des Unterarms. Dieser Knoten zerfiel vor zwei Jahren zu einem Geschwür. Die Nase ist seit etwa einem Jahre verschwärt, ebenso ihre Schleimhaut, das Septum narium ist im Laufe des letzten Jahres zu Grunde gegangen. Zur selben Zeit war auch die Mitte der Oberlippe und die Wange in der Gegend des rechten Mundwinkels geschwürig zerfallen. Letzteres Geschwür ist zugeheilt. Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren ein Augenleiden, welches mit Lichtscheu einherging. Kein Ohrenleiden. Status praesens: Bohnen- bis linsengrosse Geschwüre an den Nasenflügeln mit aufgeworfenen Rändern und gelblich eitrigem Grunde, Nasenschleim-



haut geschwellt, mit Geschwüren bedeckt. Die Nasenscheidewand fehlt. Ein kleines Geschwürchen auf der Oberlippe. In der Nähe des rechten Mundwinkels und auf dem Kinn je ein mit einer Kruste bedecktes Geschwürchen. Auf der Wange in der Nähe des linken Mundwinkels eine 10 Cm. lange, 3 Cm. breite, unregelmässige Narbe. Der mittlere Theil der linken Ulna ist verdickt; über der Verdickung ein bohnengrosser, von einer Kruste bedeckter Substanzverlust inmitten einer thalergrossen, röthlichen Narbe. Auch die rechte Ulna ist in leichterem Grade verdickt. An der linken Tibia querhandbreit unterhalb der Patella eine harte, kindsfaustgrosse Knochenverdickung. Difformirte Schneidezähne.

Havas: Die Fälle von sogenannter Syphilis hereditaria tarda sind eigentlich Fälle von spät auftretender tertiärer Syphilis, und man hat es in diesen Fällen keineswegs mit den ersten Manifestationen der Syphilis zu thun.

Schwimmer glaubt, dass diejenigen nicht Unrecht haben, die der Ansicht huldigen, dass die ersten Manifestationen einer ererbten Syphilis spät auftreten können.

IV. **Justus**: Lichen ruber planus et corneus. Frau W. J., 27 Jahre alt. Vor 3 Monaten erkrankt. Die ersten Efflorescenzen traten an den Unterarmen auf; typische Planuspapeln zerstreut über die ganze Körperoberfläche. Bloss Gesicht, behaarter Kopf, Handflächen und Fusssohlen sind freigeblieben. Stellenweise, besonders an den Unterextremitäten, Bildung von Plaques, welche mit dicker Hornschicht bedeckt sind. Weissliche, punktförmige Knötchen am weichen Gaumen, weisse linienförmige Auflagerungen auf der Wangenschleimhaut.

V. **Justus**: Syphilis papulosa universalis.

VI. **Justus**: Gruppirtes kleinpapulöses Syphilid auf den Unterschenkeln.

VII. **Justus**: Cicatrices lueticae frontis, facici, nasi et folliculitis syphilitica.

VIII. **Justus**: Seltenere Form der Syphilis auf der Nase. P. J., 37jähriger Schuhmacher. Auf dem Nasenrücken ist eine braunrothe, in der Mitte narbige, am Rande aufgeworfene, in der Mitte eingezogene Veränderung sichtbar, welche den ganzen Nasenrücken einnimmt. Unterhalb des linken Auges nur auf der Oberlippe je ein halbkreuzergrosses, mit aufgeworfenen Rändern versehenes und feine, weissliche Granulationen aufweisendes, scharf begrenztes Geschwür sichtbar.

Schwimmer diagnosticirt hier keine Syphilis, sondern Lupus erythematodes.

Török hält den Fall für Syphilis. Gegen Lupus vulgaris spricht die Abwesenheit von typischen Lupusknötchen, das späte Auftreten des Leidens, gegen Lupus erythematodes die tief eingezogenen Narben (statt der flachen Atrophien des L. eryth.) und die Geschwüre.

Marschalko hält den Fall für Lues.



Justus: Das Blut des vorgestellten Kranken zeigte nicht die von ihm beschriebene Reaction des Hämoglobingehaltes nach Injection eines Quecksilbersalzes. Er wird eine antiluetische Behandlung inauguriren.

Schwimmer hält seine Diagnose Török gegenüber trotz der Gegenwart der Geschwüre aufrecht. Die locale Anwendung von Empl. ciner. beeinflusst auch den Lupus erythematodes und soll bei der Entscheidung der Frage durch therapeutische Massnahmen nicht angewendet werden.

IX. Schwimmer stellt den schon einmal demonstrirten Kranken mit Neurodermitis papulosa pigmentosa mit neuen Eruptionen nochmals vor.

X. Aschner (aus der Poliklinik des Dr. S. Róna): Sclerosis init. mammae; Lues congenita? Frau B. J., 30 Jahre alt, ist seit 1¼ Jahren verheiratet, gebar ihr erstes Kind (das demonstrirte) am 15. Mai 1896 an der geburtshilflichen Klinik. Dasselbe wurde dort für eine Frühgeburt erklärt. Die Pat. war bis dorthin immer gesund gewesen, hatte keine venerische oder syphilitische Erkrankung durchgemacht. Auch an dem Neugeborenen war in der ersten Woche nach der Geburt kein Zeichen von Syphilis wahrnehmbar. In der 6. Woche nach der Geburt bekam das Kind ein Bläschen an der Oberlippe, welches sich in ein Geschwür umwandelte. Einige Wochen später trat bei dem Kind ein Ausschlag auf. Die Mutter nahm vor 6 Wochen an ihrer linken Brustwarze ein Geschwür wahr, seit einigen Tagen hat sie Kopfschmerz und einen Ausschlag (Roseola). Der Vater wurde ebenfalls untersucht; dieser leugnet jemals Syphilis gehabt zu haben. Auch waren keine Zeichen einer abgelaufenen Syphilis nachweisbar. A. dachte kurze Zeit, es in dem vorgestellten Falle mit einer Ausnahme von dem Collès-Baumés'schen Gesetze zu thun zu haben. Er hält es jetzt aber für erwiesen, dass das Kind durch eine extragenitale Infection die Syphilis acquirirte und seiner Mutter weitergab.

S. Róna schliesst sich dieser Auffassung an.

XI. Justus: Localisation des Quecksilbers im Blute. Im Laufe seiner Blutuntersuchungen gelangte Vortragender zur Frage, welche Elemente des Blutes es seien, mit denen sich das intravenös eingeführte Hg in erster Reihe verbinde (Plasmaalbumen? rothe, weisse Blutkörperchen?). Erst wurden Versuche an Gesunden vorgenommen, um das Sublimat aufzufinden. Das centrifugirte Blut ergab drei Schichten. Aussen lagen die rothen Blutkörperchen als dunkelrothe Säule, deren Mitte bei manchem Blute am centralsten Theile grau erschien, entsprechend der Stelle, wo die specifisch leichteren weissen Blutkörperchen zu liegen kamen. Oberhalb der weissen Blutkörperchen sind weisse Fibrinknäuel oder -Fäden zu sehen, welche schon in die vom Serum gebildete centralste Schichte hineinragen. Ich vermuthete das Hg zuerst im Fibrin, welches ich also vorsichtig heraushob, um seinen inneren, von der rothen Blutkörperchenschicht unberührten Theil zu untersuchen. Das vom Serum mittelst destillirter Kochsalzlösung befreite, aus einigen Proben zusam-



mengesammelte Fibrin wurde mit der empfindlichen und complicirten Ludwig'schen Methode auf Hg untersucht, u. zw. mit negativem Resultat, trotzdem auf einige Ccm. Blut 2—3 selbst 4 Mgr. Hg eingespritzt wurden, das 30- bis 40fache, also der Empfindlichkeitsgrenze der Ludwig'schen Probe. Das reine, mittelst Pipette gesammelte Serum erwies sich auch als frei von Hg; sind aber 5—10 Mgr. zur Injection in das abgesperrte Venengebiet verwendet worden, so zeigten sich doch Spuren von Hg im Serum, die also bei Einführung von zu grossen Mengen im Serum zurückgeblieben sein mussten.

Die rothen Blutkörperchen wurden vom Serum vorsichtig befreit und mit der Fürbringer'schen Methode behandelt. Sie enthielten immer Quecksilber, gleichviel ob wenig (½ Mgr.), oder viel (10 Mgr.) in die Vene eingespritzt worden war, nur der Ueberschuss verblieb im Serum. Ich untersuchte auf diese Weise den Hg-Gehalt der rothen Blutkörperchen bei intravenös eingeführtem Hg an ca. 40 Personen. Es war noch zu entscheiden, ob das Hg, welches in der Schichte der rothen Blutkörperchen vorfand, an die rothen Blutkörperchen gebunden sei, oder ob nicht vielleicht das Hg mit irgend einem Albumen einen unlöslichen Niederschlag bilde, welcher beim Centrifugiren immer in die Schichte der rothen Blutkörperchen mit hineingeschlagen wird. Es müsste also ein mikroskopischer Beweis erbracht werden dafür, dass es die einzelnen rothen Blutkörperchen selbst es sind, die das Hg enthalten, respective es gebunden haben. Ich gelang nach vielen Versuchen zu folgendem Verfahren: Nachdem das Blut intravenös mit Sublimat gemengt war, wurde mit der Spritze aspirirt und ein Ehrlich'sches Präparat bereitet, wobei darauf geachtet wird, dass die Blutkörperchen nicht zerstreut neben einander, sondern in dicke Schichten zu liegen kommen, da solche Stellen die makroskopische Beobachtung erleichtern. Das an der Luft getrocknete Präparat kommt auf einige Stunden bei 120°—130° in die Trockenkammer. Bringen wir das Stammochlorid in überschüssiger Menge mit irgend einem Hg-Salz, z. B. mit Hg-Chlorid oder mit Hg-Oxyd zusammen, so reducirt er das Hg-Salz erst in Oxydulsalz, dann in reines Hg nach folgenden Formeln:

$$2\ HgCl_2 + SnCl_2 = HgCl_2 + SnCl_4$$
$$Hg_2Cl_2 + SnCl_2 = 2\ Hg + SnCl_4$$

Warf ich also das Präparat in Stammonchloridlösung, so konnte ich bald bemerken, wie das bis dahin rothe Hämoglobin zerstört wird, was auch das Spektroskop beweist. Nehme ich nun das Präparat aus dem Stammochorid heraus, wasche es mehrmal mit einer sehr verdünnten Salzsäurelösung und mit destillirtem Wasser und betrachte es unter dem Mikroskope, so erscheint es bei mässiger Vergrösserung grau durch zahlreiche schwärzlich-graue Trümmer und Körnchen, die nichts anderes sind als das gebildete reine Hg, wie dies auch der in obigen Formeln ausgedrückte chemische Eprouvette-Versuch zeigt. Einen zweiten Beweis für die Natur dieser Körnchen als reine Hg ergibt folgendes Verfahren: Das Präparat wird in geschlossenem Gefäss auf 24 Stunden in pulverisirtes Jod



gelegt. Das Präparat färbt sich durch die Joddämpfe gelblich-braun, es legen sich Jodkrystalle an, die sammt dem überschüssigen Jod mittelst langem Waschen mit Chloroform entfernt werden und nun sich zeigen unter dem Mikroskop statt der frühern grauen Körnchen gelbliche, blasse Trümmer und Blättchen als Zeichen dessen, dass das reine Hg unter Einwirkung der Joddämpfe in gelbem Hg-Oxyd übergegangen ist, welche, wenn wir das Präparat zu weiterem Beweis in Jodkalilösung aus dem Präparat verschwinden, also gelöst werden. Zur Bestimmung der Localisation des Hg ist im Präparat, in welchen wir das Hg in Hg-Jodid überführt haben, nicht geeignet wegen der eingetretenen blassgelblichen Farbe, wegen des zu kleinen Volums und der undeutlichen Sichtbarkeit unter dem Mikroskop. Es muss also Hg-Jodid in eine Verbindung anderer u. zw. möglichst auffallender Farbe überführt werden, um unter dem Mikroskop leichter gefunden zu werden. Geben wir das Präparat zu diesem Zwecke in eine frisch bereitete Schwefelhydrogenlösung, so wird es nach kurzer Zeit braun, sogar schwarz, was besonders auffallend ist an den Stellen, wo die rothen Blutkörperchen in dicker Schichte über einander liegen. Bei möglichst starker Immersionsvergrösserung (Zeiss objectiv 0·02, compens. ocul. 4) sieht man nun, dass die rothen Blutkörperchen als farblose, scharf contourirte Ringe ihre Gestalt beibehalten haben, dass aber in diese farblosen Zellringe deutlich dunkelschwarze kleine Körnchen und kleinere Trümmer eingestreut sind. Das sind die Hg-Sulfidkörnchen, in die der Schwefelwasserstoff das Hg-Jodid überführt hat. Auch sind diese schwarzen Körnchen nie ausserhalb der Blutkörperchenleiber zu finden, wie in den zwischenliegenden leeren Stellen, wo das Serum an die Glasplatte antrocknete. Wir können auch Stellen beobachten, wo kleinere oder grössere Punkte sich so an einander lagern, dass sie Zellformen nachahmen. Das sind die weissen Blutkörperchen, die in grossem Masse mit Hg-Sulfid belegt sind. Nicht alle rothen Blutkörperchen enthalten Körnchen Hg-Sulfid, nur die meisten von ihnen. Ob die andern keines abbekommen haben, oder ob der Fehler noch am Präpariren liegt, vermag ich nicht zu entscheiden. Jedenfalls scheint es mir nach alldem für entschieden, dass das in die Vene eingespritzte Sublimat, respective Hg durch die rothen und weissen Blutkörperchen gebunden wird, sich mit dem Albumen derselben vereinigt und so in die Circulation gelangt.

XII. Török: Ueber die Bedeutung der ekzematösen Hautläsion und über die allgemeinen Reactionen der Haut. T.'s Schlussfolgerungen sind, wie folgt: 1. Die verschiedensten diluirten und abgeschwächten Reize rufen auf der Haut reactive Reizerscheinungen (congestive Hyperämie, Oedem, Extravasation von Blutzellen, mässige Wucherung der fixen Gewebszellen und subjective Symptome: Schmerz, Jucken etc.) hervor. 2. Etwas stärkere Reize verursachen dabei noch Veränderungen der Epidermis, welche bei minderen Graden der Einwirkung bloss als Verhornungsanomalie mit Abschuppung, bei höheren Graden aber schon als colliquative Veränderungen in Erscheinung treten (Hautläsion des schuppenden und nässenden Ekzems, oder schuppende und



nässende Ekzematisation, Hautläsion der Dermatitis arteficialis mit ausgebreiteten colliquativen Veränderungen). 3. Bei längerer Einwirkung von mässigen Reizen entsteht eine gleichmässige leichte Hypertrophie der Epidermis und Papillarschichte (die Lichenisation). 4. Alle diese Hautveränderungen stellen die allgemeinen Reactionen der Haut auf mehr oder weniger abgeschwächte Reize verschiedenster Natur dar. Ihre Entwicklung geschieht unter pathologischen Verhältnissen viel rascher und leichter. Die unmittelbare Ursache spielt dabei bloss die Rolle des auslösenden Momentes, während die Reactionsform durch einen präformirten Mechanismus der Haut und durch die disponirenden Momente gegeben wird. 5. Das Jucken spielt bei vielen von ihnen eine wichtige Rolle als disponirendes Moment. So z. B. bei jenen Hautläsionen, die man Lichenisation, Prurigo und Ekzemknötchen zu nennen gewohnt ist. Aber diese „Syndrome" d. h. dieses Miteinandergehen des Juckens mit gewissen Hautläsionen ist bloss ein specieller Fall des Gesetzes, das wir ausgesprochen haben. Wenn Jucken und bestimmte andere prädisponirende Momente vorhanden sind, dann ruft das Kratzen — als Folge des Juckens — mit Leichtigkeit die Hautveränderungen hervor, welche den allgemeinen Reactionen der Haut zukommen. 6. Diese Hautveränderungen allein genügen nicht, um eine Krankheit zu charakterisiren, sie können demnach auch nicht die Basis einer Diagnose liefern. Mangels besserer, wesentlicherer Zeichen können sie ausnahmsweise und provisorisch dazu dienen, um nach ihnen Krankheitsgruppen zu bilden. S. Róna.



Verhandlungen der Berliner dermatologischen Vereinigung.

Sitzung vom 2. Februar 1897.

Vorsitzender: Lassar. Schriftführer: Joseph.

I. **Löwenstein** stellt aus der **Ledermann**'schen Poliklinik einen Fall von **Lichen ruber planus** vor, der nach Arsen unter sehr beträchtlicher Pigmentbildung geheilt ist.

II. **Löwenstein** stellt aus der **Ledermann**'schen Poliklinik einen Fall von **intensivem Icterus** bei einer Patientin mit **frischer Lues** vor. Die Leber überragt um drei Finger Breite den Rippenrand, sie ist ebenso wie die Gallenblase druckempfindlich. L. glaubt, da der Icterus bereits etwas abgenommen hat, dass es sich um eine Papelbildung im ductus choledochus handelt.

III. **Bruhns** stellt aus der Klinik von Prof. **Lesser** zwei Fälle von der zum Unterschied von der Glossitis gummosa von **Fournier** mit dem Namen **Glossitis sclerosa** belegten Affection vor. Bei beiden Patienten mit syphilitischen Antecedentien entstand eine mässige Schmerzhaftigkeit der Zunge, zu welcher sich später eine immer mehr zunehmende starke Anschwellung hinzugesellte. Dazu traten Abschilferungen und Geschwüre. In dem einen Falle war auch die eine Wange in gleicher Weise befallen. Beim Herausstrecken der Zunge sieht man, dass dieselbe stark verdickt und die Oberfläche höckrig ist. Die Consistenz ist in Folge festen Narbengewebes hart. Den Geschwüren liegen keine gummösen Processe zu Grunde, sondern dieselben sind durch Irritationen der verschiedensten Art entstanden: Speisereste, die in den Rissen und Furchen der Zunge liegen blieben, ferner Tabak, scharfe Getränke u. s. w. In dem einen Fall war das Aussehen der Geschwüre fast carcinomartig. Es ist nicht zu erwarten, dass sich durch die Behandlung die Verdickung zurückbildet, da consolodirtes Narbengewebe nicht mehr zur Norm zurückkehren kann. Nur das Auftreten von neuen Infiltraten kann vielleicht verhindert werden.

Lesser erwähnt, dass nach der Ansicht französischer Autoren Einspritzungen von Calomel in diesen Fällen am besten wirken. In Folge



dessen sollen auch die beiden Patienten dieser Behandlung unterworfen werden. Auch er ist der Meinung, dass der Zustand im Wesentlichen unverändert bleiben wird.

Lassar glaubt zwar, dass diese Form der Glossitis allerdings sehr hartnäckig ist, dass aber, da ursprünglich Gummata vorhanden waren, dieselbe häufig wiederholten Behandlungen durch Inunctionscuren zugänglich ist.

IV. Joseph stellt einen Patienten von 15 Jahren vor, der das ausgeprägte Bild eines über den ganzen Körper verbreiteten Lupus darbietet. Besonders die Ohren, das Auge und die oberen Extremitäten sind von der Hauttuberculose befallen. Im allgemeinen kann man drei Entstehungsarten für diese Affection unterscheiden: 1. Infection von aussen; 2. hämatogene Uebertragung und 3. Fortpflanzung der Tuberculose auf die Haut von den unterliegenden Geweben. In dem vorgestellten Falle hat der Patient im 9. Lebensmonat eine fungöse Entzündung des rechten Ellenbogengelenks, deren Narben deutlich sichtbar sind, durchgemacht. Doch hat sich hierzu möglicherweise noch eine Infection von aussen hinzugesellt. J. hatte im März vorigen Jahres ein junges Mädchen mit derselben Affection vorgestellt. Nach einer Inunctionscur war bei derselben das Leiden unter Zurücklassung von Narben geheilt. Da in diesem Fall ein Leucom in Folge einer vorangegangenen Keratitis parenchymatosa besteht, so hat J. bereits eine Inunctionscur begonnen, und Hals und Gesicht mit Praecipitatsalbe behandelt. Schon jetzt ist eine bedeutende Besserung zu constatiren. Höchst wahrscheinlich liegt eine Mischinfection vor.

V. Rohna: Ueber Urticaria mit Pigmentbildung. Im November vorigen Jahres kam in die Klinik von Joseph ein 25jähriger Mann, welcher seit 7 Jahren an einer Urticaria litt, die mit Hinterlassung von braunen Flecken verlief. Am Körper waren zahlreiche Pigmentflecke von verschiedener Grösse abwechselnd mit normalen Hautstellen zu sehen. An den pigmentirten Stellen gelang es durch Reiben Quaddeln hervorzurufen. Die Diagnose wurde auf chronische Urticaria mit Pigmentbildung gestellt, zum Unterschiede von der Urticaria pigmentosa, welche schon in der frühesten Jugend auftritt und 10 bis 12 Jahre dauert, um auf der Höhe der Entwicklung 4 bis 5 Jahre stationär zu bleiben. Die mikroskopische Untersuchung im vorgestellten Fall ergibt ein deutlich ausgeprägtes Infiltrat, welches aus mononucleären Zellen besteht. Mastzellen sind fast gar nicht vorhanden. Nebenbei findet sich eine beträchtliche Neubildung von Bindegewebselementen, welche deutlich das Zeichen einer chronischen Stauung tragen. Papillen und Lymphgefässe ebenso wie die Blutgefässe sind erweitert; die Epidermiszapfen sind verlängert, die Intercellularräume von Lymphe durchtränkt. Ferner sieht man ähnliche Cysten, wie sie Behrend beim Pemphigus acutus beschrieben hat. Pigment war nur spärlich in den untersten Schichten des Choriums vorhanden. Das Ergebniss der Untersuchung besteht also namentlich in dem Mangel an Mastzellen. Dieser Befund beweist deut-



lich, dass diese Affection von der Urticaria pigmentosa getrennt werden muss.

Joseph betont, dass man sowohl klinisch als auch pathologisch-anatomisch diese beiden Formen streng auseinander halten muss. Pick hat einen Fall von Urticaria pigmentosa mit Blutungen beschrieben. Auch Blaschko hat einen ähnlichen Fall beobachtet. Diese Formen dürften sich aber mehr dem Erythema exsudativum multiforme anreihen.

VI. Meissner. Ueber Kataphorese. Unter Kataphorese versteht man den merkwürdigen Vorgang, dass der elektrische Strom an der Anode flüssige Leiter durch eine feucht poröse Zwischenwand hindurchströmen lässt.

Dieses Gebiet ist von du Bois-Reymond, Hermann und Munck bereits bearbeitet worden. Es gelingt mittelst dieser Methode Jodkali, Strychnin etc. in die Haut einzuführen. Vor allen Dingen ist es aber nothwendig, dass, um eine erfolgreiche Wirkung zu Stande zu bringen, der Strom im Optimum seiner Zeit seine Richtung wechselt. Zu diesem Zweck hat M. eine Uhr construirt, durch welche der Strom von 5 zu 5 Minuten immer wieder eine andere Richtung nimmt. Allerdings gelingt die Einführung auch mit dem constanten Strom ohne Wechsel, aber in einem verhältnissmässig viel geringeren Grade als mit dem gewendeten Strom. M. demonstrirt 2 Kaninchen, von ziemlich gleichem Gewicht, welche das eine der Einwirkung des constanten, das andere derjenigen des gewendeten Stroms unterworfen wird. Bei beiden kommt eine 4%ige Strychninlösung zur Anwendung. Beim ersten Thier zeigen sich nach einiger Zeit erhöhte Reflexe, bei dem andern tritt sehr bald unter Krämpfen der Exitus ein. Warum der Strom gewendet werden muss, zeigt sich am besten an einem Cylinder aus coagulirtem Eiweiss, an dem man nachweisen kann, dass durch die Kataphorese die Flüssigkeit in dem dem Strom unterworfenen Theil des Cylinders ausgetrieben wird, so dass eine Austrocknung eintritt, welche der weiteren Wirkung des Stroms hinderlich ist. Ebenso verhält es sich beim thierischen Gewebe. M. zeigt ein Modell, welches aus einer Glasröhre mit eingeschmolzenen Platin-Iridiumstäbchen besteht und welches für die Behandlung mit Sublimat bestimmt ist. Beim Menschen ist es nur nothwendig, die betreffenden Lösungen in die Lymphbahnen zu bringen. Von hier aus findet dann die Ueberführung der in Anwendung gezogenen Medicamente in den Organismus statt. Praktisch dürfte sich die Methode bei Infectionserregern, die in der Tiefe der Epidermis liegen, bewähren. Man kann auf diese Weise Sublimat bis in die Cutis einführen. Durch dieses Mittel wird die Sycosis, ebenso wie der Lichen ruber bei Anwendung von Solutio arsenic. Fowleri günstig beeinflusst. In 2 Fällen, bei denen diese Affection circumscript an den Unterschenkeln bestand, schwand der Juckreiz sehr bald und auch die Efflorescenzen bildeten sich zurück. Von einer elektrolytischen Wirkung ist bei dieser Methode nicht die Rede.

Saalfeld hat in früherer Zeit die Kataphorese mehrfach angewendet, hat aber die Methode wieder verlassen, da dieselbe ausserordentlich umständlich ist und viele Zeit erfordert, ohne eine schnellere Wirkung herbeizuführen. Ferner hat er bei Anwendung der Elektrolyse bei Hypertrichosis auf kataphoresischem Wege 2—4%ige Cocainlösung in die Haut eingeführt und so eine locale Anaesthesie zu Wege gebracht.

Heller erinnert an die Arbeit von Ullmann und an das elektrische Zweizellenbad von Gärtner. Die Erfolge scheinen nicht zufriedenstellend gewesen zu sein.

Meissner erwähnt, dass das Zweizellenbad, abgesehen von seiner therapeutischen Verwendung, auch in der amerikanischen Gerbetechnik Anwendung gefunden hat.

VII. Oestreicher stellt einen Patienten vor, welcher vor Jahren Syphilis acquirirt hatte und mit einer Schmiercur und später mit Injectionen behandelt worden war. Im Jahre 1892 zog er sich ein neues Ulcus zu, vielleicht eine Reinfection, und wurde Patient damals wiederum einer Injectionscur unterworfen. Im Sommer 1893 trat ein Recidiv auf; in Folge dessen wurde eine neue Schmiercur eingeleitet. Nach der 3. oder 4. Einreibung traten aber heftige Erstickungsanfälle und Dyspnoe ein, welche die Ausführung der Tracheotomie nöthig machten. Im Larynx wurde ein starkes Oedem der Schleimhaut beobachtet. Im Jahre 1895 zeigte Patient eine Rupia auf Kopf und Körper und wurde derselbe von O. wiederum neben localer Behandlung einer Inunctionscur unterworfen. Patient reagirte sofort mit Suffocationen der bedenklichsten Art. Krause, der den Patienten laryngoskopisch untersuchte, constatirte eine complete Ankylose der rechten Articulatio crico-arytaenoidea und links eine Einschränkung der Beweglichkeit wahrscheinlich in Folge einer abgelaufenen Perichondritis. Trotzdem das Larynxlumen um über ein Viertel des Normalen eingeengt ist, kann Patient frei athmen. Für die Dyspnoe konnte keine besondere Ursache aufgefunden werden. Unaufgeklärt bleibt es, warum in diesem Falle nach Einleitung einer Inunctionscur Suffocationserscheinungen aufgetreten sind. In der Literatur finden sich keine ähnlichen Angaben, sondern nur Fälle von Athemnoth und Erstickungsgefahr bei verschiedenen schweren syphilitischen Erkrankungen des Larynx. Krause meint, dass es sich in diesem Falle um eine reflectorische Reizung des N. laryngeus in Folge von Quecksilberverdampfung handelt. Diese Annahme wird dadurch wahrscheinlich gemacht, dass bei der subcutanen und internen Darreichung von Quecksilberpräparaten derartige Vorgänge nicht beobachtet worden sind. Jodkali hat der Patient während dieser Zeit nicht genommen.

VIII. Oestreicher stellt ferner eine 38jährige Frau, welche seit 8 Jahren verheiratet ist und dreimal geboren hat. Seit 4½ Jahren ist ein serpiginöses Syphilid von enormer Ausdehnung am ganzen Körper vorhanden. Eine angewandte Cur brachte bedeutende Besserung Nebenbei besteht ein Athmungshinderniss, welches auch objectiv durch ein wahrnehmbares Geräusch zu hören ist. Ein eingeführtes



Bougie stösst in der Höhe der Bifurcation der Trachea auf ein Hinderniss, das schwer zu passiren ist. Wird es mit Gewalt durchgeführt, so kann es nur mit Mühe zurückgezogen werden und ist vollständig verbogen. In den vier Jahren haben die Beschwerden nicht zugenommen. Die Ursache ist in diesem Falle nicht aufgeklärt. Es kann sich um eine Erkrankung der Trachea mit einer Perichondritis, oder um eine specifische Erkrankung des peritrachealen Bindegewebes handeln, welche zur Stenosirung durch Narbenbildung geführt hat. Jedenfalls ist eine Durchleuchtung mit X-Strahlen vorgenommen worden. Dieselbe zeigte an der linken Seite des Sternums unmittelbar neben der Trachea eine leistenartige Verdickung, welche bis zum dritten Brustwirbel reicht. In welcher Weise dieser Befund zu deuten ist, ist nicht aufgeklärt.

O. Rosenthal.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Februar 1897.

Vorsitzender Kaposi. Schriftführer: Spiegler.

Hochsinger demonstrirt zwei Kinder, die als Säuglinge mit congenitaler Lues behandelt wurden und nun nach 8 bezw. 10 Jahren wieder zur Beobachtung kamen. H. hat seinerzeit über 63 Fälle von congenitaler Lues der Säuglingsperiode berichtet, die lege artis behandelt und mehr als 4 Jahre in Evidenz gehalten wurden. Man fand bei ihnen in späteren Jahren nur geringe Zeichen von Lues, Narben an den Mundwinkeln, eingesunkene Nase, allgemeine Entwicklungsstörung. Es fanden sich aber auch Kinder, die nach 6—15 Jahren in jeder Hinsicht tadellos gefunden wurden. Speciell die Hutchinson'schen Trias, Keratitis, eingekerbte Zähne und Taubheit waren nie zu finden. Die beiden vorgestellten Kinder unterscheiden sich von den eben citirten Fällen dadurch, dass sie nur ein einzigesmal als Säuglinge wegen maculösen Exanthems zur Behandlung kamen. Sie erhielten Protojoduret verschrieben, blieben jedoch in der Folge ohne jede Behandlung. Diese Kinder kamen nun nach 8 bezw. 10 Jahren H. wieder zu Gesichte. Die Kinder zeigen die Hutchinson'schen Zeichen und zwar jedes andere derselben. Das eine hat einen eingesunkenen Nasenrücken nebst Atrophie der Nasenknorpel, Caput quadratum und sehr charakteristische, halbmondförmige Einkerbungen am freien Rand der mittleren oberen Schneidezähne. Das andere Kind hat eine typische, parenchymatöse Keratitis, an den Metacarpophalangealgelenken beider Hände, Hyperostosen, Erguss beider Kniegelenke mit leichter Crepitation und Verdickung der Tibia.

Die Keratitis parenchymatosa kommt zweifellos bei vielen hereditär luetischen Kindern vor, doch kann man auf sie die Diagnose der Syphilis nicht stützen, da sie in typischer Form bei sicher nicht luetischen, dagegen tuberculösen Individuen vorkommt.



Auch die Veränderung der Zähne ist diagnostisch nicht verwerthbar, da sie ebenfalls bei sicher nicht luetischen Kindern gefunden wird. Es gibt fast keine Hemmungsbildung des Dentins, welche nicht schon als luetisch beschrieben worden wäre. Diese Zähne sind das Product einer schweren Kieferrachitis, wie sie hervorgerufen werden kann durch irgend eine schwere constitutionelle Erkrankung vor dem Zahnwechsel. So beobachtete H. diese Anomalie nach Scharlach mit schwerer Nephritis. Die Syphilis ist nun eine der schwersten Noxen, die fast immer Schädelrachitis erzeugt, weil im Säuglingsalter der Schädel am meisten wächst und die Rachitis sich an den Punkten des lebhaftesten Wachsthums localisirt.

Bezüglich der genaueren Anamnese der vorgestellten Kinder wäre noch zu erwähnen, dass der Vater sich 1883 inficirte, nach 6monatlicher Behandlung heiratete. Es kam ein Abortus im 2. Monat, dann einer im 7., das erste lebende Kind, der kleine, minder entwickelte Knabe, wurde im Alter von 6 Wochen mit schwerer Lues, eingesunkenem Nasenrücken, blutig-eitriger Coryza, maculösem Syphilid der unteren Körperhälfte gebracht. Wenn eine so schwere Lues spontan ablaufen konnte, wird dies umsomehr bei leichter Lues möglich sein, was wichtig ist in Hinblick auf die Syphilis hereditaria tarda. Das zweite Kind war leichter erkrankt, hat nur ein leichtes, maculöses Syphilid, Nasenrücken normal.

Neumann erwähnt, dass man selten in die Lage kommt, Kinder mit Syphilis hereditaria tarda, wie die eben vorgestellten, zu sehen, weil die Kinder mit angeborener Syphilis meist frühzeitig sterben. Im Sinne Fournier's, dass Kinder syphilitischer Eltern gesund geboren werden und erst in den Jahren der Pubertät mit der tertiären Form behaftet sind, wurde eine Syphilis hereditaria tarda noch nicht festgestellt. Die Veränderungen an den Zähnen sind gewiss nicht auf die Syphilis an sich, sondern auf die durch sie bedingte Ernährungsstörung zurückzuführen.

Ullmann theilt mit, dass auch Fournier in der Decembersitzung des vorigen Jahres bei Demonstration von Veränderungen an den Zähnen, Oberkiefer, Netzhaut, Glaskörper die Ansicht vertreten habe, dass es sich hiebei nicht um Symptome der Syphilis, sondern um Ernährungsstörungen (parasyphilitische) handle.

Neumann demonstrirt einen 37jährigen Pat. mit gummöser Periostitis am Orbitialrande. Es findet sich dem linken Augenbrauenbogen entsprechend eine zweifingerbreite Auftreibung, fluctuirend druckempfindlich die Haut darüber unverschieblich ödematös geschwellt, am Rande der Geschwulst ein Knochenwall zu tasten. Die Lidspalte klein, der Bulbus etwas nach abwärts gedrängt, kein Doppeltsehen.

An der Grenze des harten und weichen Gaumens eine stecknadelkopfgrosse Perforationsöffnung, welche in die Nasenhöhle führt. Der Nasenrücken verbreitert, von der Nasenschleimhaut wird reichlich dünner Eiter abgesondert. Rhinoskopisch lässt sich eine hühnereigrosse, von der Schädelbasis ausgehende, an der Oberfläche glatte, derb elastische Ge-



schwulst nachweisen. In der Gegend des Acromio-Claviculargelenkes besteht Druckschmerz und eine nussgrosse derbteigige Geschwulst. Der Primäraffect bestand 1893, der Kranke erhielt damals 22 intramuskuläre Injectionen, die Nasenaffection datirt seit Herbst 1895.

Kaposi findet besonders merkwürdig die ausgedehnte Fluctuation in so grosser Ausdehnung. Die Gummen pflegen am Rande einen erhabenen aufzuweisen, wie bei einem Kephalhämatom, im Centrum kommt es zu einer Erosion des Knochens, nach Verschwinden des Tophus bleibt eine Grube zurück. K. erinnert sich an einen Pat., der eine Lues überstanden hatte, Vater eines gesunden Kindes war und bei dem eine ähnliche Geschwulst am Orbitalrande auftrat, die allgemein als Periostitis syphilitica angesehen wurde, sich jedoch nach der Exstirpation als Sarcom erwies.

Neumann hat einen gleichen Fall gesehen.

Grünfeld hat einen als Chondrom allgemein diagnosticirten ähnlichen Tumor unter antiluetischer Behandlung schwinden gesehen.

Kaposi sah an der Verbindungsstelle zwischen Kreuzbein und Steissbein einen scharf begrenzten dreifingerbreiten Tumor, der ebenso in der ganzen Ausdehnung fluctuirte. Die Haut darüber normal, per rectum liess sich vor dem Steissbein ebenfalls eine fluctuirende Geschwulst unter normaler Schleimhaut nachweisen. Nach drei Wochen sah man auf antiluetische Behandlung bedeutende Besserung.

Kaposi demonstrirt eine Pat., die mit der Diagnose Syphilis aufgenommen wurde, deren Erkrankung sich später jedoch als Erythem erwies. Sie zeigte Anfangs in der Halskieferfurche, an den Kopfnickern linsengrosse, braunrothe, derbe Knoten. Auffallend war ein dunkelblaurothes, teigiges Infiltrat beider Augenlider, die linke Ohrmuschel wies ebenfalls einen scharf begrenzten, braunrothen Knoten auf. Dabei bestand heftiger Kopfschmerz. Am nächsten Tage traten acut linsengrosse, vorragende scharf begrenzte Knoten an beiden Handrücken, Schulter, äusserer Seite des Oberarms auf, manche in der Mitte etwas eingesunken, mit hämorrhagischem Punkt. An der Streckseite des rechten Vorderarms zeigte sich ein braunrother Fleck mit kleinen Knötchen am Rande, von welchen manche später zu Bläschen wurden. Am linken Vorderarm traten später charakteristische Erythemflecke, in der Mitte blau, am Rande mit rothen Knötchen auf, dann traten Knoten an der Mamma, endlich exquisite Knoten von Erythema nodosum an der Aussenfläche des rechten Oberschenkels auf. Dabei bestand hohes Fieber. Im Gesichte, an den Augenwinkeln entstanden neue Infiltrate, an der Conjunctiva des rechten Auges seitlich ein scharf begrenzter vorragender Fleck. Es wurde also ein Erythem diagnosticirt, es dürfte sich jedoch nicht um ein gewöhnliches, sondern um ein medicamentöses Erythem handeln, was sich bis jetzt jedoch nicht nachweisen liess. Namentlich die teigige Schwellung an den Augenlidern ist auffallend. Die Pat. ist 49 Jahre alt und leidet zum erstenmal an der Affection.

Neumann demonstrirt einen 27jährigen Schuhmachergehilfen **mit genitalem und extragenitalem syphilitischen Primäraffect.** Am äusseren Vorhautblatt ein halbkreuzergrosser, elevirter, ulcerirter, rothbraunglänzender, derber Knoten, ein zweiter überkreuzergrosser in der Kinnfurche l. von der Medianlinie. Die Basis sehr derb mit gelbbrauner Borke bedeckt. Drüsen am Unterkieferwinkel über wallnussgross, indolent, Leistendrüsen links bohnen- und haselnussgross. Infection vor 6 Wochen.

Lang hat ebenfalls einen Fall mit so weit von einander liegenden Sclerosen in Beobachtung. Dieselben können auch durch Autoinfection in der ersten Zeit nach der Infection von einem exulcerirten Primäraffect aus entstehen.

Neumann hält dies für eine wichtige Principienfrage, weil man es nicht verantworten könnte, dass man nicht jede Sclerose exstirpirt, wenn die Möglichkeit gegeben ist, dass einer sich neuerdings von aussen her inficirt.

Kaposi sieht nicht ein, warum die Sclerose exstirpirt werden sollte, da es für das Individuum gleichgiltig ist, ob es eine oder zwei Sclerosen hat. Bei experimenteller Uebertragung des Schankergiftes haftet es nicht immer, manchmal sieht man in der Praxis durch Autoinfection entstandene multiple, weiche Schanker, von denen einzelne, wenn die Oertlichkeit darnach ist, so im Sulcus coronarius glandis, sclerosiren; das syphilitische Virus kann weiter transportirt werden, aber es ist die Periode nicht fixirt, in welcher das möglich ist, wahrscheinlich ist die Uebertragung mit dem Effect Sclerosen nicht bloss Geschwüre zu erzeugen nur vor dem Zustandekommen der allgemeinen Syphilis möglich.

Lang ist der Ansicht, dass man in manchen Fällen die Sclerose excidiren muss, wenn noch Hoffnung vorhanden ist, dass dieselbe noch localisirt sei. Ein Zeichen dafür, dass die Excision das Individuum vor Allgemeinsyphilis bewahrt habe, sieht L. in einer späteren Reinfection des Pat., wie sie von Julien, Oehlers und von Lang beobachtet wurde. Es geht nicht an, in solchen Fällen die Diagnose der ersten Infection anzuzweifeln, da es doch Fälle gibt, wo die Sclerose so charakteristische Merkmale zeigt, dass die Diagnose ohne Allgemeinexanthem und ob die Drüsen mehr oder weniger afficirt sind, sicher gestellt werden kann. Dies war auch in dem von L. beobachteten Falle so.

Ullmann erwähnt, dass es auch Fälle gibt, wo ohne Exstirpation der Sclerose kein Exanthem folgt.

Es gibt allerdings Sclerosen, die ohne Exanthem verlaufen aber keine ohne Drüsenschwellung, diese ist das wichtigste Merkmal der Syphilis, daneben besteht gewöhnlich noch Chloranämie.

Zur Zeit der Syphilidisation machte Book der Wiener Schule, welche sich negativ gegenüber seiner Methode verhielt, den Vorwurf, dass nicht mit Scleroseneiter, sondern Eiter von venerischen Geschwüren genommen wurde. Damals glaubte man fast allgemein, dass



Scleroseneiter an dem Träger nicht hafte, jetzt wissen wir, dass er an syphilitischen Individuen in Generationen impfbar ist. Experimentell kann man Folgendes constatiren. Man merkt in den ersten Tagen nach der Impfung eine einfache Röthung um die geritzte Stelle, diese schreitet peripher weiter und vor dem Ausbruch des Exanthem entsteht ein Infiltrat, welches keineswegs die Härte der Sclerose hat. Es macht gleichzeitig mit dem übrigen Exanthem die weitere Entwicklung durch und schwindet mit demselben. Die Exstirpation der Sclerosen und auch der Lymphdrüsen hat dem Vortragenden nur negative Resultate ergeben. Er exstirpirt nur bei Leuten, die es durchaus begehren, dann bei Phimosen zu curativen Zwecken, ohne zu hoffen, damit die Syphilis zu verhindern.

Ehrmann erwähnt, man müsse Reinfection und postinitiale Infection auseinanderhalten, man muss auch bedenken, dass die Incubationsdauer der Sclerosen sehr verschieden ist. Bezüglich des Falles von Lang meint E., dass man nicht von Reinfection sprechen könne, da es das erste Mal nicht zu einer Syphilis gekommen war, die blosse Sclerose macht nicht immun. E. hat einen Fall von 36 Sclerosen auf Grund einer Acne gesehen.

Kaposi betont, dass die Reinfection der einzige Beweis sei, dass das Individium durch die Exstirpation der Sclerose vor der Syphilis geschützt sei. K. hat in seinem Atlas der Syphilis schon einen Fall publicirt, wo nach local behandelter typischer Sclerose keine Allgemeinsymptome auftraten, und im nächsten Jahre neue Infection auftrat.

Lang ist der Ansicht, die Lues könne in jeder Phase, auch zur Zeit des Initialaffectes, ausheilen. Wenn wir in einem Fall annehmen können, dass die weitere Infection von der Sclerose aus noch nicht erfolgt sei, müssen wir excidiren, wenn auch der Erfolg in den meisten Fällen negativ sein wird.

Lang bemerkt, dass die Lymphstrangsclerose mit dem Lymphstrom zusammenhängen kann, aber durch eine progrediente Lymhgefässwanderkrankung bedingt sein kann. So hat er einige Male Lymphstränge von den Leistendrüsen aufwärts unter der Haut des Bauches abtasten können, ohne dass am Abdomen Veränderungen vorlagen. Man müsste also ein Fortschreiten gegen den Strom annehmen, natürlicher ist es, an eine progrediente Gefässwanderkrankung zu denken.

L. stellt einen Fall von Initialsclerose, Lymphstrangsclerose, beiderseitiger Scleradenitis inguinalis vor. Auf der linken Seite ist von dem Drüsenschenkel abwärts ein harter Strang zu tasten. Freilich bestehen alte Narben am Unterschenkel, doch scheint es evident, dass die jetzige Affection mit der Sclerose zusammenhängt; es wäre also auch eine Erkrankung der Gefässwand gegen den Strom. Ebenso sah L. oft von den Nackendrüsen ausgehend derbe Stränge, die ebenso zu deuten wären.

2. demonstrirt Lang eine Frau mit gummösen Geschwüren des Vorderarms. Grösstentheils an der Streckseite, die obersten an der



Beugeseite desselben, die in einer Reihe in ziemlich gleichen Abständen von einander angeordnet sind. Zwischen den obersten konnte man deutlich Stränge palpiren. Es liegt nahe, hier an Erkrankung der Lymphgefässe zu denken.

Grünfeld betont, dass Autoinoculation bei hartem Schanker eben möglich ist, wie bei Ulcus molle. Es gibt Fälle, in denen es offenbar ist, dass es sich nicht um gleichzeitige Infection, sondern um Autoinoculation durch Abklatschung handelt.

Neumann bemerkt, dass durch Abklatschung von offenen Sclerosen, wie von Papeln an einer gegenüberliegenden Stelle Geschwüre entstehen können. Das contemporäre Auftreten mehrerer Sclerosen findet sich namentlich an erodirten Stellen, welche die Aufnahme des Virus begünstigen.

Sitzung vom 24. Februar 1896.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer Spiegler.

Lang hat in der letzten Sitzung eine Patientin mit gummösen Knoten am Vorderarm gezeigt und hat aus der Anordnung derselben geschlossen, dass es sich um eine Erkrankung der Lymphgefässe handeln könnte. Darauf hatte Horowitz erwidert, dass dies nicht möglich sei, da an dieser Stelle keine Lymphgefässe verlaufen, dieselben vielmehr entsprechend dem Ligamentum intermusculare auf die Beugeseite umbiegen. L. hat sich nun im anatomischen Museum genau über diese Angelegenheit informirt und gefunden, dass thatsächlich auch auf der Streckseite Lymphgefässe verlaufen und er hat an Präparaten speciell ein Lymphgefäss gesehen, das in seinem Verlaufe genau der Anordnung der Knoten an dem demonstrirten Falle entspricht.

Horowitz erwidert, dass der Verlauf der Lymphgefässe ein sehr variabler ist, so dass sogar an den zwei Extremitäten desselben Individuums verschiedene Verhältnisse gefunden werden. Ein sicherer Schluss auf den Ausgang einer Affection von den Lymphgefässen ist also nicht möglich. Bei fünfzig von H. injicirten oberen Extremitäten war ein einheitlicher Verlauf und speciell in der angegebenen Richtung nicht nachzuweisen.

Lang betont, dass er Lymphgefässe an der betreffenden Stelle und genau in der angegebenen Richtung an Präparaten selbst gesehen hat.

Rille demonstrirt von Neumann's Klinik

I. eine 31jähr. Kranke mit Fibroma molluscum. Am Stamme dichtgedrängte, kleine Geschwülste von Hanfkorn-, Erbsen- und über Haselnussgrösse, dieselben zumeist breit aufsitzend, seltener gestielt, entweder von normaler und blass gerötheter oder dunkel pigmentirter Haut bedeckt, dazwischen reichliche Pigmentflecke und Lentigines. Eine erbsengrosse Geschwulst befindet sich auch neben der rechten Brustwarze im Bereiche des Warzenhofes, vergleichbar einer überzähligen Brustwarze.

In Fällen wenig ausgedehnter Fibromatosis, wo sich vereinzelte solche Geschwülste an der Brust oder gegen die Achselhöhle hin befinden, könnte eine Verwechslung mit Polymastie vorkommen, wie im Vorjahre bei einem wegen Syphilis in Behandlung gestandenen Manne, bei dem an den genannten Stellen schlaffe, beutelartige, haselnussgrosse Geschwülste bestanden, die für supernumeräre Brustwarzen gehalten wurden. Die genauere Untersuchung ergab multiple, über das Hautniveau nirgends vortretende, cysticerkenähnliche Geschwülste an den verschiedensten Stellen der Körperoberfläche. Bemerkenswerth ist, dass bei der demonstrirten Kranken einzelne Geschwülste auch schwarze Comedopfröpfe im Centrum tragen. Die Affection besteht seit der Kindheit und ist kein ähnlicher Krankheitsfall in der Ascendenz vorgekommen. Die Kranke hat vor drei Wochen geboren, ihr Kind ist vollständig gesund.

Kaposi hat vor einigen Jahren einen ähnlichen Fall von Fibroma molluscum in der Gesellschaft der Aerzte vorgestellt. Diese Fälle sind gar nicht selten, mitunter sind diese Individuen etwas cretinartig. K. hatte von jeher die Ansicht, dass es sich in allen diesen Fällen um massenhafte Bildung von Naevis handelt, wie sie als Naevus pigmentosus und mollusciformis angeboren vorkommen. Auch diese Fibrome enthalten wesentlich embryonales Bindegewebe, das schrumpft oder zu grossen Geschwülsten heranwächst. In manchen findet sich Pigment, andere tragen kleine Atherome. Ebenso könnte man die Ichthyosis hystrix als Naevus verrucosus universalis bezeichnen.

K. demonstrirt im Anschluss ein Mädchen mit Naevus verrucosus an der Beugeseite der Finger. Vom Metacarpus angefangen finden sich schmutzigbraune, harte Auflagerungen und zwar an beiden Händen. Ebensolche Warzen finden sich lateralwärts an der Fusssohle scharf begrenzt, die ganze Ferse besetzend. Früher wäre die Affection als Ichthyosis verrucosa localis der Flachhand und Fusssohle bezeichnet worden. Die Erkrankung ist erblich, besonders bei gekreuzten Geschlechtern, so dass nur die Knaben es von der Mutter erben, ein andermal die Mädchen vom Vater. Bei dem demonstrirten Falle lässt sich eine Vererbung nicht nachweisen. Diese Naevi können abfallen, kehren jedoch später wieder.

Rille demonstrirt

II. eine 22jähr. Kranke mit Rectalblennorrhöe. Die Afterfalten geschwellt, an denselben mehrfache, zum Theil fistulöse und einrissartige Geschwüre mit blassrothem, nur wenig belegtem Grunde und leicht unterminirten Rändern. Ein besonders tiefgreifendes, fissurenförmiges Geschwür an einer links gelegenen Afterfalte, welches bis auf die Rectalschleimhaut übergreift. Auch weiter oben an der Mastdarmschleimhaut lassen sich durch die Digitaluntersuchung an der vorderen und hinteren Wand mehrfache Geschwüre nachweisen. Aus der Analöffnung entleert sich ziemlich reichlicher, dünner, schmutziggrauer Eiter. Die makroskopische Diagnose wäre mit Rücksicht auf die geschwür-



artigen Veränderungen nicht leicht zu stellen, doch enthält der Eiter Gonococcen in grösserer Menge und typischer Anordnung. Die in Rede stehenden Geschwürs- und Fistelbildungen dürften nicht bloss in der Analblennorrhoe, sondern zum Theile auch in Syphilis ihre Ursache haben. Die Kranke befand sich vor $2\frac{1}{2}$ Jahren mit Papeln am Genitale und den Afterfalten auf der Klinik in Behandlung. Gerade bei lange bestehenden breiten Condylomen am After pflegen in Folge einer auf den Sphincter übergreifenden Myositis derartige Veränderungen aufzutreten. Es können allerdings auch bei blosser Rectalblennorhoe, wie vor Kurzem Jullien beschrieben hat („fissure ulcereuse") und wie noch vor wenigen Wochen ein solcher Fall an der Klinik beobachtet wurde, speckig belegte, schmerzhafte Einrisse an den stark geschwellten und infiltrirten Afterfalten sich ausbilden, die grosse Aehnlichkeit mit venerischen Geschwüren haben und über deren Provenienz erst die mikroskopische Untersuchung des aus dem Mastdarme auszudrückenden Eiters gleichwie die vorzunehmende Inoculation mit dem Geschwürseiter Aufschluss gibt.

Nobel bemerkt, dass zur sicheren Diagnose einer gonorrhoischen Erkrankung die blosse Färbung der Coccen nicht ausreicht, vielmehr auch der Nachweis durch Züchtung derselben erbracht werden muss, da bereits eine Reihe von Mikroorganismen bekannt ist, die sich tinctoriell und morphologisch nicht von Gonococcen unterscheiden.

Rille bemerkt, dass er zum Theile der gleichen Ansicht sei, da er selbst schon lange vor Mittheilung der eben erwähnten Befunde wiederholt beispielsweise im Speichel bei diversen Mundaffectionen den Gonococcen morphologisch ganz entsprechende Diplococcen gefunden habe und beziehe er hierauf die vordem und neuerdings wieder aufgetauchte Annahme einer Blennorrhoe der Mundschleimhaut. Dass jedoch Fälle wie der von ihm vorgestellte als wirkliche Blennorrhoen aufzufassen seien, dürfe wohl als feststehend angenommen werden.

Rille demonstrirt

III. den bereits von Hofrath Neumann vorgestellten Kranken mit papulo-pustulösem und tuberculösem Syphilid nebst scorbutischen Erscheinungen. Am Mons Veneris eine schmutzigbraune, dattelgrosse Narbe nach dem Primäraffect, die Efflorescenzen am Stamme und den Extremitäten grösstentheils knotig elevirt, dunkel gefärbt, kupferroth bis hämorrhagisch. An den Unterextremitäten schmutziglivide und schiefergraue, hin und wieder auch geschwürig zerfallene schmerzhafte Knotenefflorescenzen, beträchtlich grosse Knoten am Mundwinkel und in der Kinnfurche, an deren Oberfläche miliäre zu weichen, fettigen, leicht ablösbaren Krusten vertrocknende Pusteln. Bei diesem Kranken wurde ferner der Versuch gemacht, das bisher bloss intern in Pillenform verabreichte Jodquecksilberhämol (Kobert, Rille) als intramusculäre Injection (1·0 : 10·0 Paraffin. liquid.) zu geben. Während diese Injectionen bei zwei anderen Kranken, vorausgesetzt dass die Substanz in feinster Verreibung injicirt wurde, gut vertragen wurden, haben sich hier wahr-



scheinlich in Folge der hämorrhagischen Diathese Blutungen in der Glutäalmusculatur und schmerzhafte Knoten und Infiltrate gebildet.

Kaposi demonstrirt anschliessend einen Fall von Lepra, der differential-diagnostisch gegenüber von Lues interessant ist. Er betrifft einen 30jährigen Patienten aus Salonichi, dessen Geschwister und Eltern gesund sind. Die Erkrankung begann vor acht Monaten an der Dorsalfläche des linken Vorderarmes. Im Gesichte finden sich über dem Jochbogen links erbsengrosse Knoten, vor dem Ohre linsengrosse mit derb infiltrirtem Saume umgebene Knoten, einzelne tragen im Centrum eine Kruste, ähnliche vor dem rechten Ohre und in der Halskieferfurche, die durchwegs luetischen Efflorescenzen ähnlich sind. An der Innenfläche des linken Vorderarms bietet sich jedoch ein für Lepra typisches Bild. Von der Handwurzel bis zur Mitte des Vorderarms erstreckt sich eine aus unregelmässigen Scheiben sich zusammensetzende bronzefarbene Infiltration von unregelmässiger Begrenzung, stellenweise stärker vorragende Herde in derselben. Diese Partie ist vollständig anästhetisch. An der rechten oberen Extremität finden sich 15—20 bis erbsengrosse flacherhabene Efflorescenzen mit centraler Depression, während sie sonst bei der Rückbildung in der Gänze einsinken. An der Aussenseite des rechten Oberschenkels über dem Knie findet sich ein über flachhandgrosser Herd, dessen Centrum dunkelbraunroth infiltrirt, stellenweise mit Krusten bedeckt ist, während ringsum ein weniger infiltrirter Hof zu sehen ist. Also wieder eine an Lues erinnernde Efflorescenz. Aehnliche finden sich am linken Oberschenkel an der Glans penis. Interessant ist, dass in so kurzer Zeit die Knoten anästhetisch wurden, auch die ganz kleinen, und auch die Nachbarschaft der Knoten bis auf die doppelte Breite derselben ist ebenfalls hypästhetisch. Es wurde hochgradige Analgesie, Anästhesie, Thermoanästhesie im Bereiche des linken Ulnaris constatirt, ferner beginnende Atrophie des Interosseus primus. Der linke Ulnaris ist auch schmerzhaft. Auch an der Flachhand finden sich einige Knötchen, was wieder zu Verwechslung mit syphilitischer Psoriasis palmaris Anlass geben könnte. Bacillen konnten nicht nachgewiesen werden. K. erinnert auch an die 1887 gezeigte Patientin aus Reval, die Knötchen an Mundwinkeln, Nasenwinkeln, Flachhand, also gerade den Prädilectionsstellen der Syphilis darbot.

Popper demonstrirt aus der Abtheilung des Professors Lang eine Pat., welche nebst mehrfachen Lupusherden im Gesicht und am Halse ein äusserst dicht gehäuftes kleinpapulös-pustulöses Exanthem über den ganzen Stamm und Extremitäten zeigt. Ein Initialaffect war nicht zu finden, eine Narbe an der hinteren Commissur wird wahrscheinlich einem solchen angehören.

Kaposi demonstrirt

1. zwei Fälle von Lupus erythemathodes, der eine von der discoiden Form an der Nase, der andere betrifft den Schädel, von dem nur ein geringer Theil frei geblieben ist. Nach dem Vorgange von



Schütz in Frankfurt besteht die Behandlung in Pinselung mit vierfach verdünnter Solutio Fowleri. Nach 10—14tägiger Pinselung entwickelt sich eine Entzündung, mit deren Rückbildung auch die Affection zurückgeht. Es ist also eine analoge Wirkung wie die durch Jodtinctur oder Pyrogallussäure erzielte. Die Fälle, bei welchen die Infiltration in's subcutane Bindegewebe reicht, sind schwerer zu behandeln.

2. einen Fall von Lupus vulgaris verrucosus der linken Glutäalgegend vom Steissbein zum Trochanter zum Theil auf den Oberschenkel übergreifend, endet daselbst mit einer wulstigen, alten Narbe, in welche Lupusknötchen eingesprengt sind.

3. fünf Fälle von Pemphigus die wieder beweisen, dass die verschiedenen Formen von Pemphigus bei demselben Individuum beobachtet werden können.

Die erste Patientin hat an schwerem Pemphigus foliaceus gelitten, hat sich jedoch seitdem erholt, die Nachschübe sind selten und wie bei Pemphigus vulgaris ohne Tendenz zu peripherem Fortschreiten, nur hie und da frische Blasen, Pigmentscheiben deuten auf den langsameren Verlauf. Die Prognose ist also auch für den Pemphigus foliaceus bei entsprechender Behandlung keine so schlechte.

Auch eine zweite Pat., die einen schweren Pemphigus serpiginosus hatte, erholt sich nun, die Eruptionen treten spärlicher auf, der Ernährungszustand hebt sich.

Die dritte Pat. erkrankte vor zwei Monaten in acuter Weise, war dann acht Tage gesund, plötzlich traten wieder Blasen auf und zwar zunächst thalergrosse Erythemflecke, aus denen Blasen mit Tendenz zu serpiginösem Fortschreiten entstanden.

Der vierte Fall ist interessant, da er anfangs für ein Erythema bullosum gehalten wurde. Das Erythem ist eine Vorstufe des Pemphigus, doch war die Diagnose aus der atypischen Localisation am Oberschenkel, an der Brust zu stellen. Ueber dem Sprunggelenke entwickelte sich eine Blase von ungewöhnlicher Grösse über den ganzen vorderen Umfang des Beines. Die Grösse der Blasen bietet jedoch keine Gefahr, bloss deren Weiterschreiten.

Der fünfte Fall zeigt das Verhalten des Pemphigus in einer Remissionsperiode, wo sich keine eigentlichen Blasen bilden, sondern flüchtige Erytheme, mit vorübergehender seröser Transsudation. Bei dem Pat. traten zwischen den Scapulal, auf der Wange, Nase linsen- bis kreuzergrosse Herde auf in Form von epidermislosen Scheiben, die nicht überhäuten wollten.

Rille demonstrirt

IV. eine 21jähr. Kranke, Prostituirte, mit syphilitischem Primäraffect an der Vaginalportion. Die Portio apfelgross, das Orificium queroval, neben demselben rechts ein kreuzergrosser, scharf abgesetzter, kreisförmiger Substanzverlust mit 2 Mm. breitem, rothbraun glänzendem, im Niveau der Geschwürsbasis befindlichem Rande. Im Centrum des Geschwüres ein dichter, fest anhaftender, nicht abstreifbarer



weisslichgelber Belag, von der Oberfläche wird seröse Flüssigkeit in grosser Menge abgesondert. Da die Kranke noch nie geboren hat und keine Erosionen, Narben oder Einkerbungen bestehen, ist der Primäraffect scharf umschrieben, vollkommen typisch und ohne Weiteres diagnosticirbar. Die Leistendrüsen sind derzeit wallnussgross, bei Aufnahme am 13. d. M. waren dieselben von normaler Grösse. Die Drüsenvergrösserung ist demnach der Ausdruck der sich allmälig ausbildenden allgemeinen Drüsenschwellung, die bekanntlich bei alleinigem Bestehen des Primäraffectes an der Vaginalportion ohne gleichzeitiges Vorhandensein eines solchen an der Vulva oder sonst am äusseren Genitale nicht die tastbaren Inguinaldrüsen es sind, welche anschwellen, sondern die um das Collum uteri in der Bauchhöhle gelegenen Lymphdrüsen. Es besteht ferner Cubitaldrüsenschwellung und beträgt die Krankheitsdauer seit der Infection sieben oder acht Wochen.

Die Localisation des syphilitischen Primäraffectes an der Vaginalportion ist nicht nur nicht selten, sondern zählt zu den häufigeren des weiblichen Genitales überhaupt. Auch Sklerosen in der Vagina sind nach Rille's Erfahrung keineswegs exceptionell selten.

Zum Protokolle der Sitzung vom 10. Februar d. J. sind noch die Details der vom Prof. Lang mitgetheilten Reinfection nach Excision nachzutragen:

Am 28. Mai 1892 wurde ein Mediciner mit einer deutlich entwickelten exulcerirten Sclerose auf meiner Abtheilung aufgenommen, wobei in der rechten Leiste erbsengrosse Drüsen zu tasten waren. Die letzte Infectionsgelegenheit (Coitus) fand am 1. Mai statt. 10 Tage später wurde ein rothes Knötchen in der Kranzfurche bemerkt, welches sich allmälig vergrösserte und am 17. Mai geschwürig zu zerfallen begann. Am 30. d. M. wurde die Sklerose in Bromaethylnarkose mit dem Paquelin ausgiebig zerstört und die Ausheilung der Abstossung und Granulation überlassen. Der Studiosus machte weiters keinerlei Wahrnehmungen an sich, bis im November des Jahres 1896, etwa eine Woche nach einem Coitus, ein rothes Knötchen an der Penishaut rechts (entfernt von der nach Paquelinisirung im Jahre 1892 zurückgebliebene Narbe) zu Tage trat, das im weiteren Verlaufe sich immer derber anfühlte. Am 15. Januar 1897 erschien ein deutlicher Ausschlag am Körper und am 22. d. M. erfolgte die Aufnahme des Patienten in das Studentenspital wegen eines maculo-papulösen Exanthems und Initialinfiltraten am Penis.

Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Anatomie, Physiologie, path. Anatomie, allg. und exper. Pathologie und Therapie.

Reinke, Fr. Beiträge zur Histologie des Menschen. Mit einer Tafel. Arch. f. mikroskopische Anatomie. 47. Band, 1896.

Reinke verfügt über vorzügliches, frisch conservirtes Materiale vom Menschen, namentlich auch über solches von einem 25jährigen äusserst kräftigen Hingerichteten. Die Untersuchung dieses Materiales förderte eine Reihe von neuen Befunden zu Tage, zu welchen auch die in dem vorliegenden Aufsatze beschriebenen „Krystalloidbildungen in den interstitiellen Zellen des menschlichen Hodens" gehören.

Die Weigert'sche Fibrinfärbung, Saffranin und namentlich die M. Haidenhain'sche Hämatoxylinfärbung gestatten den Nachweis, dass sich in den interstitiellen Zellen gesunder Hoden eine grosse Menge intensiv färbbarer Körper eingelagert findet; die nähere Untersuchung derselben ergibt, dass es sich um eiweissartige Krystalloide handelt. Die Grösse dieser Krystalloide ist schwankend; die meisten übertreffen die Grösse der Kerne beträchtlich. „Weitaus die Mehrzahl ist länger als breit, öfters zeigen sie Winkel, oft aber auch abgerundete Ecken, einige sind keulenförmig an einer Seite breiter, oft in der Mitte verdünnt. Sehr häufig sind es doppelte und mehrfache Bildungen, die entweder in ganzer Länge getrennt oder nur durch eine Linie geschieden sind. Bemerkenswerth erscheint noch, dass dieselben sehr häufig krumm und gebogen sind." Ferner stellen Reinke's Krystalloide nicht nur Zelleinschlüsse dar, sondern liegen, wo die Zellen zu zerfallen scheinen, auch ausserhalb der Zelleiber im Bindegewebe und in der geronnenen Lymphe. Irgendwelche Beziehungen zu den Charcot-Leyden'schen Krystallen oder den Böttcher'schen Sperminkrystallen lassen sich nicht erweisen. Reinke traf diese Krystalloide in 8 gesunden Hoden kräftiger Männer mit reger Spermatozoenbildung vergesellschaftet an; in Hoden, wo letztere noch nicht eingesetzt oder bereits aufgehört hat, vermisste er sie. Merkwürdigerweise fand er sie in tuberculösen Hoden unabhängig von der Spermatozoenbildung oft in grossen Mengen. (Der Verfasser verweist dies-

bezüglich auf eine demnächst erscheinende Publication von Lubarsch). Schliesslich erwähnt Reinke, dass er bereits vor mehreren Jahren im Pankreas weisser, gemästeter Mäuse ähnliche Bildungen fand. Zur Feststellung der Bedeutung dieser merkwürdigen Befunde Reinke's sind weitere Erfahrungen erforderlich. Prof. Hugo Rex (Prag).

Fischel, Alfred. Ueber Beeinflussung und Entwicklung des Pigmentes. Mit einer Tafel. Archiv f. mikroskop Anatomie. 47. Band 1896.

Fischel's bedeutungsvolle Untersuchungen wurden an Herbstlarven von Salamandra macul. ausgeführt. Er stellte zunächst fest, dass in Wasser von Zimmertemperatur aufgezogene Larven eine bedeutende Verschiedenheit ihrer Färbung gegenüber solchen aufweisen, welche in viel kälterem, fliessenden Wasser gehalten werden. In der weiteren Verfolgung dieser Beobachtung kam er zu folgenden Ergebnissen. Dunkle Salamanderlarven werden unter dem Einflusse erhöhter Temperatur hell und umgekehrt, helle durch Kälte dunkel. Je jünger die Larven sind, desto höher ist ihre Reactionsfähigkeit auf äussere Reize, also hier auf Wärme und Kälte. Die durch den Einfluss der Temperatur bedingte Pigmentirungsdifferenz ist keineswegs vorübergehend, sondern vermag sich zu einer dauernden umzugestalten. Wärme und Kälte vermögen also die Färbung dauernd zu beeinflussen. Die histologische Untersuchung des Verhaltens der Pigmentzellen bei diesem Farbenwechsel lehrte Folgendes. Die epithelialen Pigmentzellen zeigen keine Fortsätze mehr, sie sind jetzt kreisrunde oder eiförmige Gebilde; dem in der Mitte oder an einem Pole gelegenen Zellkerne sitzt gleich einer Kappe eine tiefschwarze Pigmentkugel auf. Auch das Netzwerk der Fortsätze der dunklen Pigmentzellen der Cutis ist bei hell gewordenen Larven geschwunden; diese Zellen finden sich jetzt als schwarze, klumpige, fast sämmtlich der Kreisform sich nähernde Gebilde vor. Eine dritte Art von Pigmentzellen mit hellgelbem Einschlusse wird durch die Wärme nicht beeinflusst; sie tritt jetzt schärfer als früher hervor, nachdem die Fortsätze der dunklen Pigmentzellen, die sie früher verdeckten, geschwunden sind. Der Einfluss der Wärme erstreckt sich nicht nur auf die Pigmentzellen der Haut, sondern auch auf die Pigmentzellen im Inneren des Körpers. Die Formveränderung der Pigmentzellen lässt sich wohl hauptsächlich auf eine Contraction der ganzen Zelle zurückführen, bei welcher sämmtliche Fortsätze eingezogen werden und so das Pigment auf ein ganz kleines Gebiet vertheilt wird. Es ist naheliegend, anzunehmen, dass die Kugelform der contrahirten Zellen der günstigste Endeffect der Zusammenziehung ist, da dann die Zelle bei kleinster Oberfläche die grösstmögliche Masse fassen kann. Bezüglich der Entwicklung des Pigmentes kam Fischl zu folgenden Resultaten. Er vermag sich nicht der Ansicht von Reinke anzuschliessen, welcher die bei demselben Untersuchungsobjecte im Peritoneum vorkommenden Pigmentzellen mit hellgelbem und jene mit dunklem Einschlusse zu einander in Beziehung bringt und zwar in der Weise, dass sich die ersteren in die letzteren durch Veränderung ihres Ein-



schlusses umwandeln. Fischl hält im Gegentheile daran fest, dass, wie dies bereits Flamming hervorhob, beide Zellarten selbständig sind, eine Umwandlung der einen in die andere nicht statt hat. Dafür spricht schon unter anderem die bereits oben hervorgehobene Eigenthümlichkeit, dass die Pigmentzellen mit hellgelbem Inhalt einer Beeinflussung durch Wärme nicht unterliegen. Nach unserem Autor geht die Entwicklung des Pigmentes so vor sich, „dass sich innerhalb der (späteren) Pigmentzellen (mit dunklen Pigmentkörnchen [Ref.]) in immer reichlicherer Weise Körnchen entwickeln, welche Anfangs lichter sind und erst später — während gleichzeitig die Zelle grösser und reicher verzweigt wird — die dunkle Farbe annehmen. Diese helleren Körnchen könnte man als „Pigmentbildner" bezeichnen, durch deren specifische Umwandlung oder durch deren Durchsetzung mit einem Farbstoffe erst die für die dunklen Pigmentzellen charakteristischen Körnchen entstehen." Diese Entwicklungsform, sowie die nicht selten verschiedene Ausbildung des Pigmentes in den beiden sonst unter den gleichen Verhältnissen sich befindenden Hälften einer und derselben Zelle spricht zu Gunsten der Annahme, dass das Pigment vorwiegend durch eine specifische Zellthätigkeit, also auf metabolischem Wege entsteht.

Sonst gleich entwickelte, namentlich epitheliale Pigmentzellen variiren nicht selten bezüglich ihres Reichthumes an Pigmentkörnchen und deren Färbung. Auch beim erwachsenen Thiere findet man nicht selten mitten unter schwarzen Pigmentzellen gelegene, viel weniger pigmentirte Zellen. Diese Eigenthümlichkeit gestattet wohl den Schluss, dass die Pigmentzellen ihren Pigmentgehalt zu ändern vermögen, also eine wechselnde metabolische Thätigkeit entfalten.

Prof. Hugo Rex (Prag).

Ernst, Paul. Studien über normale Verhornung mit Hilfe der Gram'schen Methode. Mit 2 Tafeln. Archiv für mikroskopische Anatomie. 47 Band. 1896.

Ernst's Bestreben war ursprünglich darauf gerichtet, eine Methode ausfindig zu machen, welche den sicheren Nachweis von Verhornungsprocessen gestattet. Die mit der Gram'schen Methode angestellten Versuche fielen äusserst gelungen aus; durch dieselbe werden in ungemein scharfer und klarer Weise die Anfangsstadien der Verhornung hervorgehoben. Der Autor hat diese Methode an zahlreichen Horngebilden ausgeprobt und überall das erwähnte Resultat in schönster Klarheit wiedergefunden. Hiebei gewann er nebstbei eine hübsche Reihe von neuen, sehr bemerkenswerth histologischen Einzelbeobachtungen, welche er in dem vorliegenden inhalts- und gedankenreichen Aufsatze mittheilt. Referent möchte sich hier auf eine kurze Besprechung jener Befunde beschränken, welche Ernst durch die Gram'sche Färbung epidermoidaler Gebilde beim Menschen erzielte. Der Autor untersuchte zunächst Haare. Ein Querschnitt durch ein Haar des Unterlippenrandes zeigte die Henle-sche Schichte deutlich und scharf gefärbt; dieselbe setzte sich aus einzelnen violetten, scharfrandigen Klecksen zusammen. Ein näheres



Zusehen mit stärkerer Vergrösserung löst nun diese scheinbar glasigen, durch und durch gleichmässigen Elemente der Henle'schen Schichte in feinste, in ihrer Grösse etwas variirende Pünktchen auf. Mitunter vermag man auch in denselben eine rundliche Lücke aufzufinden, offenbar jene Stelle, welche der Kern der Zelle ursprünglich einnahm. Daraus lässt sich erschliessen, dass jeder Pünktchenhaufen dem Querschnitte einer Zelle entspricht und die Pünktchen und Körnchen, welche die Gram'sche Färbung so scharf hervorhebt, im Protoplasma der Zelle liegen. In Querschnitten, in welchen die Scheidung der beiden Schichten der inneren Wurzelscheide noch nicht vollzogen ist (also in höher geführten Schnitten) färbt sich die ganze innere Wurzelscheide und zwar nur diese. Man findet einen Ring aus einzelnen gefärbten Klecksen bestehend, die sich wieder in Körnerhaufen auflösen lassen. Die äusserste Reihe derselben ist dichter mit Körnern angefüllt: sie entspricht der Henle'schen Schichte. Die Verschiedenheit des Auftretens der Körner kündigt also bereits die künftige Trennung der inneren Wurzelscheide in ihre zwei Schichten an. In jugendlichen Haaren färbt sich neben der Henle'schen Schichte das Haaroberhäutchen, es tritt eine Art Kittleistenzeichnung auf zwischen deren Maschen spindelförmige, offenbar den platten Zellen des Oberhäutchens entsprechende Lücken ausgespart sind, mit noch färbbarem Kerne in der Mitte. Zwischen den Zellen des noch nicht völlig verhornten Haarschaftes tauchen unendlich feine, blaugefärbte Fäserchen auf, welche je nach der Schnittrichtung als feinste Pünktchen oder Strichelchen sichtbar werden. Dieselben entsprechen wohl den letzten Formelementen der Rindensubstanz, Waldeyer's Hornfibrillen. Der fertige, hornige Haarschaft ist der Färbung unzugänglich; da ja dieselbe nur die Anfangsstadien der Hornbildung und nie fertiges Horn hervorhebt.

Die Untersuchung recht junger Haare — weder Haarrinde noch Cuticula zeigen irgend eine Spur der Verhornung, nur die Zellen der Henle'schen Schichte sind der Färbung nach Gram zugänglich — lässt Ernst erschliessen, dass die ersten Elemente, welche die Verhornung einleiten, in der Huxley'schen Schichte zu suchen sind, das erste Hornproduct aber in den hellen, durchsichtigen, scheinbar homogenen Zellen der Huxley'schen Schichte zu vermuthen ist. Der Grund der allmäligen Differenzirung der inneren Wurzelscheide in ihre zwei Schichten wäre also auf das erste Auftreten von Verhornungserscheinungen zurückzuführen. Daher findet sich also die innere Wurzelscheide ursprünglich einheitlich angelegt, noch nicht in ihre zwei Schichten geschieden, so lange die Verhornung nicht eingesetzt hat. Ernst untersuchte ferner den Verhornungsprocess des Nagels. Die Gram'sche Methode lässt die allerersten Verhornungsprocesse der Nagelanlage erkennen und gestattet die Feststellung der Entwicklungsperioden, in welchen das Einrücken des Nagels in seinen Falz vor sich geht. Die ersten Spuren der Verhornung der Nagelanlage fanden sich bei einem Foetus aus dem Anfange des vierten Monates und zwar am vorderen Rande des Nagelfeldes nahe dem Nagelsaum. Die Methode deckte deutlich eine feine Granulirung der gefärbten



Zellen auf. Ausserdem reagirte nur noch ein Häufchen Epidermiszellen vor dem Nagelsaum: ein in morphologischer Beziehung sehr bedeutungsvoller Befund. Der Autor deutet denselben folgendermassen: „Es wäre damit beginnende Verhornung nachgewiesen in einem Abschnitt der Epidermis, der ursprünglich morphologisch zur Nagelanlage gehört, dann aber durch Ausbildung des Saumes, also hier der distalen Grenzfurche, von ihr abgetrennt wurde und später jedenfalls nicht mehr zur Nagelplatte gehört. Es ist dies eine Partie von Zellen, die dem beim Menschen verkümmerten Sohlenhorn, dem volaren Theil der Nagelanlage homolog ist. Morphologisch auf dem Rückgang begriffen, würde sie also durch die Reaction, wenn ich so sagen darf, chemisch noch ihre ursprüngliche Bestimmung verrathen, die ihr freilich auf halbem Wege wieder verloren geht.“ Das Einrücken des Nagels in seinen Falz untersuchte Ernst bei einem Foetus aus dem 6. Monate. Die haarscharfe Färbung der Nagelsubstanz gestattet die genaue Verfolgung der Nagelplatte; dieselbe reicht in diesem Alter recht beträchtlich tief in den Falz hinein und endet spitz zulaufend in demselben. Aus den Ergebnissen der Untersuchung der Oberhaut sei hier das Verhalten der Schweissgänge in der Hornschicht hervorgehoben. Diese färben sich deutlich. Ebenso auch die den Gängen unmittelbar benachbarten Abschnitte der Epidermisschuppen. Die Färbung nach Gram zeigen auch die tieferen Abschnitte der Schweissgänge in der Keimschichte. Die ersten verhornenden Zellen, die wir in der Keimschichte in relativ grosser Tiefe antreffen, gehören also den Schweissgängen an. Ernst hat seine Untersuchungen auch auf die Verhornungsprocesse, die uns in der Wirbelthierreihe entgegentreten, ausgedehnt und so die Erfahrungen mit der Gram'schen Methode auf breiter Basis weit ausgebaut. Die von ihm untersuchten Gebilde seien hier nur angeführt. Er untersuchte: Wiederkäuerhufe, Hornzähne der Cyclostomen, Perlorgane der Fische, Haut der Amphibien und Reptilien, Feder und Muskelmagen der Vögel, endlich auch die Hornplatten des Echidnamagens.

Prof. Hugo Rex (Prag).

Auburtin, Gaston. Das Vorkommen von Kolbenhaaren und die Veränderungen derselben beim Haarwiederersatz. Mit 2 Tafeln. (Aus dem physiologischen Institut der Universität Berlin. Abtheilung von Prof. Dr. Fritsch.) Archiv für mikroskopische Anatomie und Entwicklungsgeschichte. 47. Band, 1896.

Auburtin's Untersuchungen erstreckten sich vorwiegend auf die Kopfhaut; erkrankter Haarboden wurde vermieden. Zunächst versuchte der Autor die Zahlenverhältnisse der Kolbenhaare festzustellen. Unter normalen Verhältnissen findet sich bei Kindern ein sehr hoher Procentsatz von Kolbenhaaren. Derselbe betrug bei einem verunglückten dreijährigen Knaben 53%. Bei weitem kleiner ist derselbe bei Erwachsenen; Auburtin fand bei zwei plötzlich verstorbenen Erwachsenen im Mittel 24% Kolbenhaare. Eine Steigerung erfährt der Procentsatz nach langwierigen, erschöpfenden Krankheiten im Mittel bis zu 33%. Bei weitem bedeutender ist die Steigerung nach Infectionskrankheiten: hier beträgt

der Procentsatz durchschnittlich 44%. Die nicht unbeträchtlichen Schwankungen der Zahlenverhältnisse, welche Auburtin hiebei auffand, erscheinen zunächst bedingt durch den Einfluss des Geschlechtes. Bei Männern kommen unter gleichen Verhältnissen mehr Kolbenhaare vor als bei Frauen. Ganz besonders scheint aber auch die Haarfarbe von Einfluss zu sein; bei blonden Individuen ist unter gleichen Verhältnissen der Procentsatz der Kolbenhaare ein höherer als bei dunkelhaarigen. Der Wiederersatz der Kopfhaare unter normalen Verhältnissen wird vom Verfasser folgendermassen geschildert. Nach der Ablösung des Haares von seiner Papille bleiben Haarkolben und Papille durch einen kurzen Epithelstrang mit einander verbunden. Dieser Strang ist cylinderförmig; die ihn aufbauenden Elemente sind regellos mit einander verbunden und enthalten sowohl Reste der äusseren und inneren Wurzelscheide, wie der Keimschichte des Haares. Die Production neuer Zellelemente sistirt in diesem Strange sehr bald. Bald wird nun der Haarkolben rascher emporgetrieben, während die Papille ihren alten Standort nur wenig verändert. Der Epithelstrang weist nun eine grössere Länge auf; seine Form ist unregelmässig, die Oberfläche uneben. Im Inneren des Stranges macht sich eine gewisse Anordnung seiner sonst noch immer ungeordneten Zellen in Gestalt längsverlaufender Spindelzellen bemerkbar; ferner setzt auch eine geringe, wenige Zellen betreffende Atrophie ein. Nun beginnt auch die Papille emporzusteigen und im Anschluss hieran „tritt im Strang eine Wiederbelebung und Regeneration dadurch ein, dass derselbe an die Cylinderzellenschicht des Kolbenlagers [Haarbeet Unna's (Ref.)] sich anschliessend, eine Umkleidung mit Cylinderepithel erhält, die um so tiefer reicht, je höher die Papille steht und zuletzt auch die Papille überzieht". Diese Regeneration im Strange betrifft zuletzt die Elemente über der Papille und man muss wohl annehmen, dass dieser Boden des Ersatzhaares, seine Keimschicht, neu geschaffen wird, da kein Materiale zu ihrer Bildung aus alten Elementen vorhanden ist. Die Anlage des Ersatzhaares erfolgt bei dem höchsten, mindest einem sehr hohen Stande der Papille, nachdem vorher durch Zellwucherung der Strang ein wenig gegen das Kolbenlager verschoben und so dem wachsenden Ersatzhaare der Weg geebnet war. Mit dem weiteren Wachsthume des letzteren wird auch die Papille in ihre frühere Tiefe herabgedrängt.

Auburtin beschreibt weiter den Wiederersatz dünnerer Haare und Cilien. (Wiederersatz bei schnellem Haarwechsel.) Dünnere Haare und Cilien besitzen eine kürzere Lebensdauer als starke Kopfhaare. Dieser Verkürzung der Lebensdauer entspricht auch eine solche des Kolbenhaarstadiums und eine schnellere Entwicklung des Ersatzhaares. Wir finden daher gegenüber den vorhin für die starken Kopfhaare festgestellten Entwicklungsverhältnissen folgende Unterschiede. An den Aufstieg des Kolbens schliesst sich sehr bald jener der Papille an; der Epithelstrang erreicht also nicht jene Länge, wie bei dem Wiederersatz starker Kopfhaare, er ist recht kurz und zeigt überdies schon recht frühzeitig in seinem oberen Abschnitte Cylinderepithel. Der weitere Verlauf der Ent-

wicklung bis zur Bildung des Ersatzhaares ist der gleiche, wie er oben geschildert wurde, nur ist der Anstieg der Papille kein so beträchtlicher. Der Haarwiederersatz in der Kopfhaut bei Schwächung des Haarwechsels wird von unserem Autor folgendermassen geschildert: Nach der Ablösung des Haares von der Papille zeigt der Epithelstrang ausgesprochene Zeichen von Atrophie, die noch schärfer werden, wenn auch die Papille emporsteigt. Erst bei einem sehr hohen Stande der Papille setzt die Regeneration des Stranges ein und ist vollendet, wenn die Papille um den vierten Theil ihrer ursprünglichen Tiefe von der Oberfläche entfernt ist. Das nun entstehende Haar ist schwächer als sein Vorgänger.

Prof. Hugo Rex (Prag).

Brosch, Anton. Zur Frage der Entstehung der Riesenzellen aus Endothelien. Virchow's Archiv, 1896, Band 144, Heft 2. Seite 289.

Brosch studirte das Entstehen von Riesenzellen an einem Endotheliom der Pleura und kommt dabei zu folgenden Annahmen: 1. „Riesenzellen können nicht nur aus degenerirten Angioblasten, Endothelien, weissen Blutkörperchen u. s. w., sondern in gewissen Fällen durch Vermittlung einer eigenartigen (vielleicht tuberculösen) Erkrankung der Gefässwand und einer sich daran anschliessenden, noch nicht näher gekannten regressiven Metamorphose auch aus neugebildeten Gefässen grösseren Calibers hervorgehen. 2. Möglicherweise spielt auch die Obliteration der Gefässbahn durch Wucherung erkrankter Intimazellen (Endothelzellen) und die Bildung von Ektasien durch eine derartige Obliteration oder durch Compression und Knickung von aussen (durch zellige Infiltration und Knötchenbildung in der unmittelbaren Umgebung) als begünstigendes Moment für die Riesenzellenbildung aus neugebildeten Gefässen grösseren Calibers eine wichtige ätiologische Rolle. 3. Da Bindegewebe überall im ganzen Organismus vorkommt, und das Bindegewebe endothelartigen Charakter annehmen kann (Bizzozero und Bozzolo), so erscheint es nicht ausgeschlossen, dass vielleicht alle Riesenzellen Abkömmlinge des Endothels oder endothelartiger Bindegewebszellen sind. Diese Annahme würde mit dem weitverbreiteten, in den verschiedensten Organgeweben und bei den verschiedenartigsten physiologischen und pathologischen Processen beobachteten Vorkommen der Riesenzellen in vollstem Einklange stehen, doch fehlen für diese letztere Annahme vorläufig noch zwingende Beweise." Gustav Tandler (Prag).

Audry, Ch. (Toulouse). Sur les cellules isoplastiques (Mastzellen). Annales de dermatologie et syphiligraphie. Tome. VII. 1896, Nr. 1. p. 9.

Audry hat an 50 Fällen controlirende Untersuchungen über das Vorkommen und die Bedeutung der von ihm als „cellules isoplastiques" bezeichneten Mastzellen gemacht und dieselben in 20 Fällen vermisst, in 30 Fällen gefunden. Wegen der Einzelheiten der untersuchten Fälle müssen wir auf das Original verweisen. Er kommt zum Schlusse, dass das Vorkommen dieser Elemente in keiner Weise irgendwelche pathogenetische

Bedeutung hat. Nach Darlegung des morphologischen Verhaltens der Mastzellen präcisirt Audry seine Ansicht von der Bedeutung der Mastzellen dahin, dass alle Zellen, die am Aufbau des Bindegewebes betheiligt sind, sowohl des normalen, wie des pathologischen, unter Umständen die gleichen Farbenreactionen darbieten können, wie die Mastzellen; also fixe Bindegewebszellen, Lymphocyten, grosse mononucleäre Leukocyten, Wanderzellen, Plasmazellen u. s. w. Die Farbenreaction ist lediglich der Ausdruck eines bestimmten „état chimique" und hat keine sicheren Beziehungen zu einem bestimmten morphologischen Zustand. — Die Untersuchungen Audry's kommen zu Resultaten, die mehrfach denjenigen Unna's und Menahem Hodara's direct widersprechen.

E. von Düring (Constantinopel).

Kotsovsky, M. A. Etudes sur les modifications des cellules dans leur mort lente. (Archiv des sciences biologiques, St. Petersbourg-Tome IV. Nr. 1. 1895.)

Die Veränderungen, welche die Zellen bei ihrem langsamen Untergange eingehen, wurden an Meerschweinchen, Kaninchen und Salamandern, also Warm- und Kaltblütlern, studirt, welche Kotsovsky durch eine bestimmte Zeit theils vollständig, theils bis auf Wasserzufuhr hungern liess. Die histologischen Untersuchungen bezogen sich auf exstirpirtes Leber- und Nierenparenchym dieser Thiere. Verf. stellt die gewonnenen Eindrücke in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1. In den Organen der so behandelten Thiere isoliren sich die einzelnen Zellen von einander; nur hie und da bleiben sie noch durch feine Fortsätze mit einander vereinigt.

2. Die Zellgranulationen Altmann's, welche normaler Weise eine hohe Affinität zu dem Fuchsinfarbstoff zeigen, verlieren dieselbe.

3. Die nach Altmann's Angaben behandelten Kerne der Zellen färben sich roth und zeigen ihren Contour durch lange Zeit deutlich.

4. Allmälig wird das sonst fettarme Gewebe fettreich; das Fett tritt sowohl im Körper und Kern der Zellen, als auch ausserhalb derselben auf. Es bildet sich an Ort und Stelle, nicht etwa durch Einwanderung.

Auf diesen Fettzerfall der Zellen weist nun Verf. mit besonderem Nachdruck hin. Altmann, Hauser, Kraus, Dannehl u. A. m. haben vor ihm diese Erscheinung verfolgt und dem Ursprung des Fetts nachgeforscht. Altmann fand, dass seine fuchsinophilen Granulationen sich in Fett umwandeln können, sowohl am Rande, wie auch in ihrer Gesammtmasse. K. bestätigt diese Beobachtung, wenigstens für das Lebergewebe des Salamanders, während es ihm bei den warmblütigen Thieren sehr zweifelhaft erscheint, ob hier den fuchsinophilen Granulationen diese Fähigkeit der Fettumwandlung eignet. Hier muss man an das Vorhandensein noch anderer feinerer Zellgranula denken, welche sich zu den Farbstoffen anders verhalten und zu dem obigen Phänomen der Fettmetamorphose in causaler Beziehung stehen dürften. Doch diesen ist vorläufig mit unsern jetzigen optischen Hilfsmitteln nicht beizukommen.

Ernst Liebitzky (Prag).

Exner, S. Die Function der menschlichen Haare. (Vortrag, gehalten in der Jahressitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 20. März 1896.) (Wr. Klin. Wochenschrift 1896. Nr. 14.)

Sowohl die Abstammungslehre, als die Ontogenese und die atavistischen Missbildungen sprechen dafür, dass die Ahnen des Menschengeschlechtes ein Haarkleid getragen haben, das sich von dem der heutigen anthropoiden Affen kaum wesentlich unterschieden haben wird. Man kann daher mit Darwin die Anschauung vertreten, dass die Enthaarung des Menschen ein erst durch Zuchtwahl entstandener secundärer Geschlechtscharakter sei; ebenso erklärt sich die kräftige Entwickelung des Haarbestandes im Gesichte des Mannes und am Kopfe überhaupt. Auf Grund morphol. Untersuchungen stellt Maurer die These auf, dass gewisse aus Epithelien, cylindrischen Zellen und Nervenfasern bestehende Gebilde bei Fischen und Amphibien die Urform der Haare darstellen und als Sinnesorgane aufgefasst werden müssen, die mit Aenderung der Lebensbedingungen der höher entwickelten Organismen auch ihre Function wesentlich geändert haben.

Was die Function der Haare an verschiedenen Körperstellen betrifft, so sei hervorgehoben: 1. Das Haar als Tastorgan. Besonders die Cilien sind, wie bekannt, sehr empfindlich auf die leichteste Berührung hin und lösen reflectorisch Blinzelbewegungen aus. v. Mises fand, dass um jede Cilie herum ein kerbförmiger Ring markhaltiger Nervenfasern gelegt sei. Exner hat ein Stäubchen Eisenfeile an eine Cilie geklebt und dem Stromschlusse eines Elektromagneten ausgesetzt und schon diese minimalste Wirkung hat sich als Berührungsempfindung kundgegeben. Immer noch recht empfindlich, wenn auch etwas weniger als die Cilien sind die Augenbrauen. Die um das Auge angeordneten Haare sind die empfindlichsten des menschlichen Körpers und sind als Schutzapparat des Bulbus aufzufassen, indem sie reflectorisch Lidschluss bewirken. Die Haare um das Auge sind ferner Schutzvorrichtungen gegen den herabrieselnden Schweiss, gegen Staub und Regen. Nächst den kleinen Haaren sind am wenigsten erregbar die Kopf- und Barthaare und am wenigsten Tasthaare sind die der Urogenital- und Analgegend, sowie die der Achselgegend. 2. Das Haar als Walze. Ueberall wo zwei Hautflächen sich aneinander reiben, sind Haare dazwischen gelagert, um die Bewegung zu erleichtern. Die wirre Kräuselung der Haare durcheinander fördert die Bewegung nach allen Raumrichtungen. Die Haare der Schamgegend scheinen auch diesem Zwecke zu dienen bei der geschlechtlichen Vereinigung. 3. Das Haar als Temperaturregulator. Die Haarsubstanz als solche ist ein schlechter Wärmeleiter; gesteigert wird diese Eigenschaft durch die in die Hornsubstanz eingelagerte Luft. Auch gegen strahlende Wärme bieten die Haare einen sehr wichtigen Schutz, besonders gegen die Bestrahlung durch die Sonne. Bei gut behaartem Kopfe treffen die Strahlen zunächst die Haare und erwärmen dieselben, demzufolge ihre Temperatur steigt und ihre Ausstrahlung zunimmt. Eine Berechnung zeigt, dass die behaarte Kopfhaut 45mal besser ausstrahlt, als eine gleich grosse nackte Kopffläche. Versuche



an der Leichenkopfhaut zeigten, dass die Bestrahlung der nackten Kopfhälfte die Temperatur im Inneren einer hohlen Glasschale rascher ansteigen lässt, als die Bestrahlung der behaarten Kopfhälfte. Die zwischen den Haaren befindliche, schwer bewegliche Luft wird bei der Rückstrahlung der Wärme aus den Haaren erwärmt und dieses Moment spielt bei Entstehung des Sonnenstiches eine grosse Rolle. 4. Das Haar als Schmuck. Als Function betrachtet ist es Resultat der geschlechtlichen Zuchtwahl. Horovitz (Wien).

Auburtin, Gaston. Ueber physiologische und pathologische Verschiedenheiten des Haarbodens. Inaug.-Diss. Berlin 1895.

Auburtin untersuchte mit Hilfe von Serienschnitten an 43 Leichen die Alters- und Geschlechtsverschiedenheiten des Haarbodens der Kopfhaare. Er fand 4 Formen von Haarkreisen nebeneinander. Die Stärke der Haare war nach dem Alter verschieden: 49—67% schwache Haare im Kindesalter, 25% im Alter von 20—50 J., 64—70% im Alter von 70—80 J. Die Ursache glaubt er darin zu sehen, dass die schwachen Haare durch eine Modification des Haarwechsels entstehen. Die Ersatzhaare werden schwächer bis zum feinen Lanugohärchen, das dann endlich ausfällt. (?) A. untersuchte noch andere Verschiedenheiten des Haarbodens; den Haarbalg mit seinen Erweiterungen, die Auswüchse der äusseren Wurzelscheide, die Cystenbildung in den Schweissdrüsen und zuletzt noch die verschiedenen Vegetationsstufen der Haare. Die Differenzen in der Zahl der Kolbenhaare (20—46%) führt er auf die Verschiedenheit des Geschlechts, der Haarfarbe, auf vorausgegangene Infectionskrankheiten und Kachexien zurück. (vide oben Ref. 4.)

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Ziegelroth. Das specifische Gewicht des Blutes nach starkem Schwitzen. Virchow's Archiv, 1896, Band 146, Heft 3.

Durch ein Schwitzbad wird nach den Untersuchungen Ziegelroth's das specifische Gewicht des Blutes nur ganz unmerklich geändert, auch wenn grosse Quantitäten Schweiss abgegeben wurden. Die durch letzteren abgesonderte Flüssigkeitsmenge entstammt somit nicht der Blutflüssigkeit, sondern dem im Gewebe vorhandenen Wasser, das Gewebe wird daher dabei specifisch schwerer und functionstüchtiger. Analoge Verhältnisse finden sich auch nach einem Aderlass, den Z. bei anämischen Luetikern mit gummösen Infiltraten und dergl. empfielt.

Gustav Tandler (Prag).

Sierig, Karl. Ueber die Beeinflussung der Körpertemperatur durch einige auf die Haut gepinselte Arzneimittel. Inaug.-Diss. Berlin 1895.

Durch Einpinselung von Lösungen oder Einreibung von Salben verschiedener Arzneimittel (Guajacol, Cocain etc.) auf die unversehrte Epidermis erzielte Sierig eine Temperatur-Herabsetzung bei Fieberkranken, die nach einigen Stunden eintrat, kurze Zeit anhielt, um dann wieder zu verschwinden resp. einer deutlichen Erhöhung der Temperatur,



manchmal unter Schüttelfrost, Platz zu machen. S. glaubt dies nicht auf eine Resorption des Medicaments, sondern auf eine nervöse Wirkung zurückführen zu müssen, die von der Haut reflectorisch auf die Wärmecentren vermittelt wird. Denn einerseits liessen die bekannten Antifebrilia (Antipyrin u. Chinin) im Stiche, andererseits konnte er beobachten, dass die Wirkung bei Guajacol-Einpinselungen ausblieb, wenn der N. ischiadicus des Beines, an welchem die Einpinselung stattgefunden, durchschnitten war. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Schneider, Louis. Loretin als Wundverbandmittel. Inaug.-Diss. Strassburg 1895.

Loretin, eines der in neuester Zeit so zahlreich aufgetauchten Jodoform-Ersatzmittel, wurde von Schneider auch bei verschiedenen Hautaffectionen (oberfl. Verbrennungen, Ekzemen, Erysipel, syphil. Necrosen, Ulcus cruris etc.) angewandt, ohne besonderen Vortheil gegenüber den alten bekannten Heilmitteln. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Breslauer, Eugen. Ueber die antibakterielle Wirkung der Salben mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Constituentien auf den Desinfectionswerth. Inaug.-Diss. Breslau 1895.

Breslauer untersuchte verschiedene Salbenconstituentien auf ihre Desinfectionskraft. Er bestrich zu diesem Zwecke kleinste Objectträger mit verschiedenen Mikroorganismen, brachte dieselben alsdann erst mit den zu untersuchenden Salben für verschiedene Zeiten in Contact, entfernte die Salbe alsdann wieder mittelst Aether und untersuchte dann die Mikroorganismen auf Nährböden auf ihre Wachsthumsfähigkeit. Er kommt dabei auf Grund zahlreicher Versuche zu dem Schlusse, dass Lanolin und Unguentum leniens in Verbindung mit Desinficientien den weitaus grössten Desinfectionswerth besitzen und dass Vaselin und Fett, in noch höherem Grade Oel, als Constituentien die Desinfectionskraft einer Salbe auf ein Minimum reduciren, d. h. sie abschwächen.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Meyer, Rudolf. Untersuchungen über die Wirkung des Argentum-Casëin im Vergleich zu der des Argentum nitricum und des Aethylendiaminsilberphosphates. Inaug.-Diss. Breslau 1894.

Die von Meyer angestellten Untersuchungen über die chemischen und pharmakologischen Eigenschaften des Argonins (Argentum-Casëins) im Vergleiche zu dem Argentum nitricum und Argentamin (Aethylendiaminsilberphosphat) ergeben für das Argonin, dass dasselbe ein Desinfectionsmittel von nicht unbeträchtlicher antiseptischer Kraft ist, welches weder mit dem Eiweiss noch mit den Chloriden des Körpers einen Niederschlag gibt und in den antiseptisch wirksamen Concentrationen weder reizend noch ätzend wirkt. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Hochsinger, Karl. Gegen die Anwendung der Carbolsäure und des Jodoform bei Neugeborenen. Der Kinderarzt. VII. 1896. Heft 9—10.



Hochsinger macht neuerdings darauf aufmerksam, dass Carbolsäure und Jodoform, abgesehen von ihrer hochgradigen Toxicität für den Organismus der Neugebornen und Säuglinge, auch ungemein leicht zu acuten Dermatitiden bei diesen führen, welche für das Leben derselben verlängnissvoll werden können. Die missbräuchliche Anwendung des Jodoform erfolgt gewöhnlich seitens nichtärztlicher Pflegepersonen (Hebammen, Wärterinen, Kinderpflegerinen) in Form von Streupulvern für die Nabelwunde. Rituelle Beschneider pulvern die Circumcisionswunde mit Jodoform ein oder verbinden dieselbe mit 20procentiger Jodoformgaze. H. berichtet über einen Todesfall nach Jodoform-Nabelverband und drei schwere Jodoform-Dermatiden und Ekzeme bei Säuglingen in Folge der angedeuteten Anwendungsweise des Jodoform, bezüglich welcher das Originale nachzusehen wäre. Autoreferat.

Hasse, Oskar. Zur Krebsheilung. Virchow's Archiv 1896. Band 146, Heft 2.

Nach Mittheilung dreier, selbst beobachteter Fälle von Spontanheilung eines Magencarcinoms, beschreibt Hasse Fälle von Carcinomen, bei welchen er durch fortgesetzte Injection von Alkohol in das Gewebe um den Tumor herum Schwund des letzteren erzielte. Stets handelte es sich um Brustkrebse, von welchen H. bisher 20 Fälle ohne Misserfolg nach oben geschilderter Methode behandelt hat. Gustav Tandler (Prag).

Leredde. Essai d'une classification pathogénique des dermatoses. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII., N. 6. juin 1896, pag. 802.

Leredde schliesst diesen Artikel mit den Worten: „Wir wollen es nicht unternehmen, die vorgeschlagene Classification weiter zu entwickeln; der Zweck dieser Arbeit ist mehr ein neues System vorzuschlagen, das allseitig zu studiren wäre, als die Lösung dieser Aufgabe selbst zu geben. Viel wichtiger scheint uns der Geist dieser Classification, als die Detailausführung, bei der leider noch so ausserordentlich viele Punkte dunkel bleiben.“ Auf ungefähr 20 Seiten werden alle Probleme der heutigen Dermatologie in geistreicher, aber nicht ergründender Weise gestreift. Zu einem Referat eignet sich deshalb dieser Artikel nicht. Weshalb, wenn man selbst bei der „Masse dunkler Punkte“ die Unmöglichkeit zugeben muss, immer Versuche zu neuen Systemen, in die nicht zwei Beobachter übereinstimmend die beobachteten Affectionen einzutragen vermögen? Gerade in dem gegenwärtigen Augenblick der allgemeinen Revolution in der Dermatologie sind derartige Versuche wirklich verschwendete Mühe. L. will auf pathogenetischer Grundlage folgende allgemeine Classification vorschlagen:

Primäre Erkrankungen	traumatische.		
	parasitäre.		
Secundäre Erkrankungen	1. Functionelle Störungen	nervösen	Ursprungs.
		hämog. (sanguinen)	
	2. Dermosen	nervösen	
		hämogenen	

Missbildungen, Neoplasmen. E. von Düring (Constantinopel).

17*



Sensibilitätsneurosen.

Arnstein. Deux cas de prurit très opiniâtre et prolongé guéri par l'emploi systématique de l'antipyrine. Gaz. Lek. 1894, Nr. 48. Ref. im Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 111.

Arnstein empfiehlt bei hartnäckigem Pruritus den systematischen, längere Zeit fortgesetzten innerlichen Gebrauch von Antipyrin und berichtet zwei diesbezügliche Krankengeschichten.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Anomalien der Secretion und des Secretionsapparates.

Heusner, C. Beitrag zur Behandlung der Hyperidrosis. Deutsche med. Wochenschr. 1895, Nr. 44.

Heusner bespricht eingehend zahlreiche, innerlich und äusserlich empfohlene Mittel gegen Hyperidrosis um als wirksamstes Antihidroticum folgende Zusammensetzung zu empfehlen: Perubalsam 1%, Acid. formicic. 5%, Chloralhydrat 5% in Alkohol gelöst. Bei örtlichen Schweissen ist das Mittel mittelst Wattebausches, bei allgemeiner Hyperidrosis mittelst Zerstäubers anzuwenden. Bei hartnäckigen localen Schweissen wird der Gehalt der einzelnen Bestandtheile verdoppelt oder 1% Trichloressigsäure hinzugefügt. O. Rosenthal.

Rafin. Tumeurs sébacées multiples. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 430.

Der Société des sciences médicales de Lyon stellt Rafin einen 42jährigen Patienten vor, dessen Mutter an denselben Tumoren der Kopfhaut leidet, der an seinem behaarten Kopf, an Rücken, Brust, linken Vorderarm und Hoden zahlreiche erbsen- bis nussgrosse Tumoren zeigt. Die ersten derselben entstanden am Hoden im Alter von 12 Jahren. Die Haut darüber ist rosa gefärbt, dem Tumor adhärent, sonst unverändert, Vortragender rubricirt diesen Fall unter die von Poncet multiple Cylindrome und Bérard Epithelioma sebaceum genannten Tumoren. Mikroskopisch war ein Plattenepitheliom zu constatiren, ohne Gewissheit, ob dasselbe von den Talg- oder Schweissdrüsen ausging.

Paul Neisser (Beuthen o. S.).

Haan. Otite externe d'origine séborrhéique. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 348.

Haan bespricht im Anschluss an zwei Fälle die Möglichkeit des Auftretens seborrhoischer Processe des äusseren Gehörgangs (mit Bildung von Ceruminalpfröpfen und dadurch eventuell verursachter Taubheit) im Anschluss an Seborrhoe der Kopf- und Gesichtshaut.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).



Acute und chronische Infectionskrankheiten.

Michaelis, Adolf. Zum Incubationsstadium der Rötheln. Der Kinderarzt VI. 1895, S. 65.

Michaelis ist in der Lage gewesen, an seinen eigenen beiden Kindern, welche von einem befreundeten Schulkinde mit Rubeolen inficirt wurden, mit grösster Präcision eine 19tägige Incubationsdauer der Röthelerkrankung festzustellen und meint, dass die nahezu doppelt so lange Incubationsdauer der Rubeolen eines der wichtigsten Momente zur Auffassung der Rubeolen als selbständige Erkrankung den Masern gegenüber darstellt. Hochsinger (Wien).

Claus. Eine Masern- und Röthelnepidemie. Jahrb. für Kinderh. XXXVIII, S. 37 ff.

Eine vom Winter 1892 bis Sommer 1893 in der Kinderheilanstalt Dresden-Altstadt herrschende Masernepidermie, über welche Claus eingehend Bericht erstattet, verlief im Allgemeinen günstig; einen schlimmen Ausgang nahmen nur jene Erkrankungen, bei welchen im Gefolge der Morbillen secundäre Diphtherie oder Croup auftrat. Die Incubationszeit der Morbillen, welche in mehreren Fällen mit grosser Wahrscheinlichkeit, in einem Falle mit absoluter Sicherheit zu berechnen war, betrug 9—14 Tage, die Zeit von der Infection bis zum Ausbruche des Exanthems 13—15 Tage, die Zeit von der Infection bis zur vollen Entwicklung des Ausschlags 14—16 Tage. Verf. konnte eine Uebertragung des Maserngiftes durch Mittelpersonen oder Gegenstände nicht nachweisen. Durch hochgradige Infectiosität zeichneten sich besonders das Prodromalstadium und das exanthematische Stadium der Masern während der Blüthe des Exanthems aus. Bei fünf Kindern, welche Masern schon vorher einmal durchgemacht hatten, entwickelte sich ohne Prodromalsymptome, unter geringem Fieber, ohne wesentliche katarrhalische Erscheinungen neuerdings ein Exanthem, welches sich nur aus wenigen scharf abgegrenzten, mässig erhabenen blassrothen Efflorescenzen zusammensetzte und in kurzer Zeit wieder schwand. Verf. fasst diese Exanthemformen als eine Masernrecidive auf. Interessant sind 12 Fälle von Doppelerkrankung an Masern und Rötheln, bei welchen die Kinder dem Berichte zu Folge zuerst an einem flüchtigen unter leichten Katarrhen und geringem Fieber auftretenden Exanthem erkrankten, welchem kurze Zeit darnach ein typisches Masernexanthem folgte. Das Charakteristische für die Rubeolen-Diagnose erblickt Claus bei sporadischen Fällen in dem plötzlichen Auftreten des Exanthems ohne Prodrome. Bei Epidemien bieten der durchwegs leichte Verlauf (? Red.), das Fehlen von Complicationen und Nachkrankheiten und das verschiedenartige Aussehen des Exanthems differentialdiagnostische Anhaltspunkte den Masern gegenüber.

Hochsinger (Wien).

Hase, Theodor. Ein Beitrag zur Statistik der Erkrankung an Scharlach mit besonderer Berücksichtigung der Recidive und Pseudorecidive. Jahrb. für Kinderheilk. XXXIX, p. 58 ff.



Von 2453 in den Jahren 1871 bis 1893 im Kinderhospital zu St. Petersburg behandelten Scharlachkranken starben, wie dem Berichte Theodor Hase's zu entnehmen, 770 Kinder. Die höchste Zahl der Erkrankungen fiel auf das Alter über 6 Jahre, das Maximum der Mortalität auf das Alter von 1—2 Jahren. Unter 1664 vom Jahre 1885 bis 1893 behandelten Scharlachfällen beobachtete H. 6 Pseudorecidiven (d. h. die Wiederkehr des bereits geschwundenen Exanthems bei Fortbestehen der übrigen Scharlachsymptome). Eigentliche Scharlachrecidiven, d. h. plötzliches Wiedereinsetzen sämmtlicher Scharlachsymptome, nachdem die primären bereits völlig geschwunden waren, beobachtete Verf. in dieser Zeit 15mal und zwar brachte die Recidive keine besonderen Complicationen mit sich, sowie auch die primäre Erkrankung in diesen Fällen meist nur leicht war. Das secundäre Exanthem war immer schwächer ausgeprägt als das primäre und dauerte auch kürzere Zeit als jenes. Die Temperatur war bald während der ersten, bald während der 2. Erkrankung höher. Nephritiden traten oft in beiden Perioden auf. Die Pseudorecidiven setzten zu Ende der ersten oder Mitte der 2. Woche, die Recidiven in der 3—6. Woche ein. Anhangsweise theilt Verf. 2 Fälle von Masernrecidive mit. Hochsinger (Wien).

Friedemann, J. H. Ueber den Verlauf der Schutzpockenimpfung bei einer Reihe abnorm schwächlicher Säuglinge und Kinder. Jahrbuch für Kinderh. XXXVIII, 324—353.

An 6 wegen drohender Blatterngefahr gleichzeitig geimpften abnorm schwächlichen Säuglingen machte Friedemann Studien über das Vaccinefieber und schildert die vaccinale Fieberreaction folgendermassen: Am 5—7. Tage steigt die Temperatur über die Norm, fällt am selben oder folgenden Tage ein wenig, steigt hierauf rasch wieder an, erreicht 2—4 Tage nach der ersten Erhebung ihre höchste Höhe und zeigt nun entweder einen remittirenden oder continuirlichen Charakter. Die Entfieberung erfolgte stets am 12. Tage nach stattgehabter Vaccination in einer der Masernentfieberung sehr ähnlichen Weise. Das Vaccinefieber stand in keinem Verhältniss zur localen Impfreaction. Die interessante, von Gast, Behm und Wolff genau studirte Thatsache, dass die Impfung neugeborener Kinder niemals von Fieber gefolgt ist, sucht F. damit zu erklären, dass das Blut Neugeborener eine bedeutend grössere Menge baktericller Blutzellen (? Red.) enthielt, als das älterer Kinder. Hochsinger (Wien).

Wolffberg, Tilsit. Ueber die Schutzwirkung der Impfung, sowie über die Erfolge des deutschen Impfgesetzes vom 8. April 1874. (Centralbl. für allgem. Gesundheitspflege 1896. Heft 5, S. 151.)

Die Arbeit Wolffberg's ist aus Anlass des Jenner-Jubiläums entstanden; der auf dem Gebiete der Impffrage so sehr verdiente Forscher gibt an der Hand amtlicher Quellen sowie eigener Studien eine historische Uebersicht über den Einfluss der Impfung auf den Verlauf der Pockenepidemien, sowie des einzelnen Krankheitsfalles. Bezüglich der interes-



santen Details müssen wir auf die Arbeit selbst verweisen und greifen nur das Wichtigste aus der Arbeit Wolffberg's heraus, dass nämlich in Deutschland im Vergleich zu den Nachbarstaaten insbesondere seit dem Jahre 1875, seit der Einführung des deutschen Impfgesetzes, welches die Erstimpfung vor Ablauf des auf die Geburt folgenden Kalenderjahres, die Revaccination aber für Schulkinder in dem Jahre vorschreibt, in welchem sie das 12. Lebensjahr vollenden, die Erkrankungen an Variola in eclatanter Weise bis auf ein Minimum zurückgegangen sind. Nach Ansicht Wolffberg's müssen wir immer daran festhalten, dass nicht erwartet werden kann, dass alle Geimpften einen absoluten Schutz gegen die Pocken besitzen; die Impfung vermag immer nur einen bald grösseren bald geringeren Antheil der Empfänglichkeit zu löschen. Jede neue Impfung wird aber voraussichtlich den bereits vorhandenen Schutzgrad erhöhen. Besonders sollten in der Zeit der Gefahr die Erwachsenen die Wiederimpfung nicht versäumen; denn die Erwachsenen sind durch die Pocken vermöge ihrer hohen natürlichen Empfänglichkeit fast immer besonders heftig bedroht, und je älter wir werden, um so dringender ist dies zu beherzigen. Joh. Fabry (Dortmund).

Steiner, A. Zur Casuistik der Secundärinfection bei Varicellen. Centralbl. f. Kdhlkde. I. 1896. Nr. 3, p. 81.

Unter Bezugnahme auf einen von Brunner (Deutsch. Medicinalzeitung 1896. Nr. 1) veröffentlichten Fall von allgemeiner Staphylococceninfection nach Varicellen theilt A. Steiner (Karlsruhe) eine Krankengeschichte mit, ein 9 Monate altes Kind betreffend, welches während des Decrustationsstadiums der Varicellen plötzlich von hohem Fieber ergriffen wurde. Es entwickelt sich eine acute Osteomyelitis des rechten Oberschenkels, welche innerhalb dreier Tage zum tödtlichen Ausgange führte. Die Sectionsdiagnose lautete: Osteomyelitis et Periostitis femoris dextri acuta infectiosa et septicopyaemia. Varicellae in stadio decrustationis. Hochsinger (Wien).

Levaschew, M. S. Les microorganismes du typhus exanthematique et leur rôle étiologique. (Archives des Sciences biologiques, St. Pétersbourg 1895, Tome IV, Nr. 4.)

Die Untersuchungen, welche Levaschew gelegentlich der im Jahre 1891 in Kasan herrschenden Epidemie (500 Erkrankungen) angestellt hat, bedeuten einen grossen Fortschritt in der Kenntniss der Aetiologie dieser Krankheit und lassen an der specifischen Natur der von ihm entdeckten Mikroorganismen kaum einen Zweifel aufkommen. Früher schon war es Hlava, sowie Moreau und Cochez gelungen, beim exanthematischen Typhus zu constanten Bacillenbefunden zu gelangen, deren Specifität jedoch nicht einmal ihre Entdecker gerade heraus betont hatten. L. ist es gelungen, bei an Typhus exanth. erkrankten Menschen in dem der Fingerhaut, oder direct den Cubitalvenen ja selbst der Milz entnommenen Blute unter dem Mikroskope, besonders bei sehr fein aufgetragener Blutschicht und bei Verwendung einer Apochromatlinse von 1000—2000-facher Vergrösserung, zwischen den rothen Blutkörperchen corpusculäre



Elemente zu entdecken. Es sind dies vollkommen runde, reguläre Coccen von 0·2—0·5 μ Durchmesser, einzeln, als Diplococcen oder in kurzen Ketten angeordnet, oft in lebhafter Eigenbewegung (sie zeigen manchmal äusserst feine 6—10mal so lange Fortsätze an einem Pole, mit welchen sie sich unter einander und an die rothen Blutkörperchen anheften). Unter allen Farbstoffen erwiesen sich diese Elemente für saturirte, wässerige Fuchsinlösung und alkalisches Methylenblau am zugänglichsten. Reinculturen auf den üblichen Nährböden gelangen nicht, aber vielleicht liess sich dieser Mikrococcus exanthematicus auf menschlichen albuminoiden Substanzen reinzüchten. L. impfte also auf Ascitesflüssigkeit und pleuritisches Serum und erhielt jedesmal positive Resultate. Der Mikrococcus exanthematicus Levaschew's kreist im Blute der Kranken, findet sich ferner im Secrete der so häufig ergriffenen Bindehaut, des Respirationstractes und ist am sichersten und zahlreichsten während der Acme der Krankheit zu constatiren; in den Hautefflorescenzen liess er sich nicht nachweisen. Er ist von allen bisher bekannten Schizomyceten gut zu unterscheiden und darf auch nicht mit den Hämatoblasten Bizzozero's identificirt werden. Die Ergebnisse seiner Thierexperimente will Verf. in einer zweiten Arbeit mittheilen. Ernst Liebitzky (Prag).

Tartacovsky, R. Contribution a l'étiologie de la peste bovine. (Archives des sciences biologiques, St. Pétersbourg 1895. Tome IV, Nr. 3.)

Von all den vielen Mikroorganismen, welche von verschiedenen Autoren bei der Rinderpest gefunden und für die Erreger derselben erklärt worden sind, ist kein einziger anzuerkennen; die meisten derselben sind auch in den Organen gesunder Thiere nachzuweisen. Im Blute und den innern Organen fand Tartacovsky keine Bakterien; nichts destoweniger gelang die Uebertragung der Krankheit durch Ueberimpfung von Rinderpestblut. Wahrscheinlich ist die Krankheit durch Sporozoen verursacht.

Ernst Liebitzky (Prag).

Wezler, Wilhelm. Zur Statistik und Klinik des Erysipelas faciei. Inaug.-Diss. Erlangen 1895.

Nichts Neues. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Kurth, H. Ueber das Vorkommen von Streptococcen bei Impetigo contagiosa. (Arbeiten aus dem kais. Gesundheitsamt, Bd. VIII, 1893. Heft 2, p. 294—310) ref. nach Baumgarten's Jahresbericht. Bd. IX, p. 25.

In einer Reihe von aus den verschiedensten Gegenden stammenden Fällen von Impetigo contagiosa hat Kurth stetig entweder allein oder in Gemeinschaft mit dem Staphylococcus pyogenes einen und denselben Streptococcus gefunden, wohl charakterisirt und unterschieden von den bekannten Streptococcen-Arten. Bei Impfung auf weisse Mäuse führt die Reincultur örtliche Eiterung und nachher durch Allgemeininfection den Tod der Thiere herbei; werden hingegen zur Impfung ältere Culturen verwendet, so ist das Resultat ein anderes, indem die Virulenz der Culturen abnimmt; es tritt dann später nur ausnahmsweise der Tod ein.



K. ist geneigt, den von ihm beschriebenen Streptococcus für die alleinige Ursache der Impetigo zu halten, er hält jedoch vorläufig noch mit seinem Urtheil zurück, da ein ausreichender bakteriologischer Beweis im Sinne Koch's doch noch nicht erbracht ist. Der vom Autor eingeschlagene Weg ist jedenfalls der richtige, um die Frage der Infectiosität der Impetigo contagiosa, die klinisch so lange feststeht, auch bakteriologisch zu lösen. Joh. Fabry (Dortmund).

Audry. Sur une tuberculose cutanée à forme ecthymateuse. Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 469.

Zu den von Gaucher, Hallopeau und Anderen publicirten impetiginösen oder besser pustulösen Formen von Hauttuberculose berichtet Audry einen neuen Beitrag. Bei einem 11jährigen Mädchen bestand seit längerer Zeit auf der linken Wange eine bräunlichröthliche, trockene, etwa 1 Francstück grosse Borke, unter der sich etwas Eiter befand. Die Haut darunter war roth, zerklüftet, etwas eingesunken, die Ränder nicht indurirt, die umgebende Haut normal, wenig Drüsen vorhanden. Eine zweite, ähnlich, nur grössere Stelle fand sich an der Innenfläche des rechten Beines. Die Diagnose wurde zunächst auf durch Infection verursachte Impetigo gestellt und eine antiseptische Behandlung angeordnet. Nachdem diese absolut keinen Erfolg zeigte, und auch auf Jodkali keine Besserung eintrat, wurden die beiden Stellen excidirt und ein typischer Lupus verrucosus unter dem Mikroskop diagnosticirt. Bei genauer Untersuchung des Kindes fanden sich noch an 2 anderen Stellen des Körpers 2 bräunliche, durch einige Lupusknötchen verursachte Plaques, die ebenfalls excidirt wurden. Paul Neisser (Beuthen O.-S.)

Hoffmann, K. von. Ein Fall von Impftuberculose. Wr. klin. Wochenschrift 1896. Nr. 14.

Eine 47 Jahre alte Frau pflegte eine Zeit lang ihr an Lungentuberculose leidendes Kind und verletzte sich mit einer Nähnadel den Zeigefinger gelegentlich der Ausbesserung der Wäsche dieses kranken Kindes. Die Stichwunde blutete nicht, ihre Umgebung schwoll einige Stunden nach der Verletzung an; am nächsten Tage war der ganze Finger diffus geschwellt, roth und schmerzhaft. Es kam zu einem Panaritum, zur chronischen Geschwürsbildung und zur Entwickelung tuberculöser Knötchen in der Nähe des Panaritum. Eine oberflächliche Lymphgefässentzündung verbreitete den Process gegen die Axillardrüsen. Eingreifende chirurgische Operationen brachten Heilung. Horowitz (Wien).

Derville. Traitement du lupus. Journal des Sc. médicales de Lille. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 444.

Derville empfiehlt bei kleinen isolirten Lupusknötchen, wie sich solche entweder in der Peripherie grösserer Heerde oder in alten Narben finden, folgende Therapie. Zuerst geht er mit einem möglichst spitzen, langen Scarificator (dem Vidalschen Scarificator) in das Knötchen ein, dreht das Instrument in demselben um und gibt dann in das so gesetzte Loch ein Stückchen reines Chlorzink. Es bildet sich sofort ein Schorf, der circa 14 Tage anhaftet und unter dem das Knötchen ausheilt. Even-

tuell ist die Procedur nach 14 Tagen nochmals zu wiederholen. Während die Vortheile, geringe Schmerzhaftigkeit, Nichtbehinderung der Patienten durch einen Verband, sehr sichere Wirkung, in die Augen fallend sind, bestehen die einzigen Nachtheile in einer eventuellen Hässlichkeit der Narbe, die sich jedoch auch verbessern lässt, und in Narbenretraction bei Anwendung in der Nähe des Mundes oder der Nase.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.)

Moty. Traitement du lupus. Bullentin médical du Nord. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 447.

Moty empfiehlt in den Fällen von Lupus, die nicht exulcerirt sind, sondern die nur aus einzelne Knötchen bestehen, alle vier bis acht Tage zu wiederholende Injectionen mit Naphtholkampheröl in das Centrum der einzelnen Knötchen. Gleich nach der Injection (etwa 1/2 Tropfen) bildet sich bei den grösseren ein Schorf, unter dem sich eine gute Narbe bildet, bei den kleineren nur eine Entzündung, unter der die Knötchen verschwinden. Verf. hat diese Therapie bisher in 10—12 Fällen angewendet und ist mit ihr zufrieden; selbstverständlich beobachtet er die Patienten nach ihrer Entlassung noch circa 1 Jahr wegen eventueller Recidive. Der einzige Nachtheil dieser Therapie sind eventuell eintretende Erysipele, den sie jedoch mit anderen operativen Methoden theilen.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.)

Spire. Du lupus de la langue. Arch. clin. de Bordeaux, Dec. 1895. Referirt im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1896, p. 183.

Zu den bisher in der Literatur spärlich vertretenen Fällen von Zungenlupus fügt Spire drei neue, von ihm beobachtete hinzu. Bei allen drei Fällen zeigte sich der Lupus als eine warzige, grauröthlich verfärbte, erhabene Plaque von ziemlich harter Consistenz und absoluter Schmerzlosigkeit. In allen bisher publicirten Fällen sei er mit Lupus des Pharynx oder Larynx combinirt gewesen und zwar sei er von diesen Organen auf die Hinterfläche und später eventuell, der Raphe folgend, auf die Vorderfläche der Zunge gekrochen. Alle Fälle seien bei ihrer absoluten Schmerzlosigkeit zufällig constatirt worden. Als Therapie empfiehlt Verfasser die Ignipunctur als wirksamstes und, nach Cocainisirung, schmerzloses Mittel. Paul Neisser (Beuthen O.-S.).

Schultze. Duisburg. Vortrag „über die chirurgische Behandlung des Lupus", gehalten im Verein der Aerzte des Regierungsbezirks Düsseldorf. Mai 1895. Correspondenzblatt der ärztlichen Vereine in Rheinland und Westfalen 1895, Nr. 56, p. 6.

Schultze ist der Ueberzeugung, dass die bisherige Behandlung des Lupus mit Aetzmitteln, Salben und Paquelin, desgleichen die ursprünglich so enthusiastisch aufgenommenen Tuberculin-Injectionen sehr wenig zufriedenstellende Resultate ergeben hätten, dass dagegen die von Thiersch empfohlene Behandlung, nach Art der bösartigen Geschwülste, die kranken Stellen total zu exstirpiren und den Defect durch Transplantation zu decken, sowohl curativ wie kosmetisch sich sehr bewähre.



Etwa vorhandene Reizzustände werden vor Vornahme der Operation durch Bleiwasserumschläge entfernt. Redner stellt eine Reihe derartig behandelter und geheilter Patienten vor mit zum Theil sehr ausgedehntem Gesichtslupus. In der Discussion spricht sich Ehrenberg auf Grund eigener Erfahrungen in der Klinik von Thiersch durchaus übereinstimmend aus. Beide Redner heben hervor, dass sich für die Methode mehr die Fälle von oberflächlichem Lupus eignen. Hierbei bleibt nach Ansicht des Referenten zu bedenken, dass es sich oft erst bei der Operation herausstellt, ob der Lupus tiefer greift oder nicht; selbst aber auch tiefer greifende Lupusfälle eignen sich für die Transplantation.

Joh. Fabry (Dortmund).

Fabry, Johann, Dortmund. Ueber die Behandlung des Lupus mit besonderer Berücksichtigung der Transplantationen nach Thiersch. Sitzung des Vereins der Aerzte im Reg. Bezirk Arnsberg. 12. Mai 1896.

Fabry bespricht zunächst kurz die pathologische Anatomie und die klinische Diagnose des Lupus speciell der verschiedenen Lupusformen; er lenkt die Aufmerksamkeit auf die Formen des Lupus, die mit tuberculöser Erkrankung tiefer gelegener Gewebe complicirt sind, auf den sogenannten chirurgischen Lupus. Indem der Redner dann die verschiedenen älteren und neueren Behandlungsweisen einer Besprechung unterzieht, betont er besonders die Wichtigkeit einer Frühdiagnose beim Lupus. Grade im Frühstadium ist der schönste Erfolg zu erzielen, vorausgesetzt, dass die Behandlung eine gründliche und eingreifende ist und nicht die schönste Zeit zum operativen Handeln mit der Anwendung von Aetzsalben und Aetzpflastern verloren geht. Von den chirurgischen Methoden bevorzugt Vortragender seit Jahren die Thiersche Transplantation nach vorhergegangener Excision bei Auswahl der Fälle als diejenige, welche hinsichtlich der Vermeidung von Recidiven Vorzügliches leistet. Zur Erläuterung seines Vortrages stellt F. mehrere Patienten vor, die eine ganze Reihe von Jahren post operationem recidivfrei geblieben sind mit recht gutem kosmetischem Resultat, ferner mehrere Patienten, bei denen kurze Zeit vorher sehr ausgedehnte Excisionen der Gesichtshaut ausgeführt wurden und bei denen schon nach wenigen Wochen schöne glatte und feste Ueberhäutung eingetreten war. An der recht lebhaften Discussion betheiligt sich in erster Linie Professor Löbker, Bochum, der in allen wesentlichen Punkten mit dem Vortragenden übereinstimmt.

Joh. Fabry (Dortmund).

Rille. Lupusbehandlung. Demonstr. in der k. k. Gesellschaft der Arzte in Wien, 22. Febr. 1896. (Wr. Klin. Wochenschft. 1896. 9.)

Rille exstirpirte einen Lupus vulgaris, der vom Ohre bis an den Mundwinkel und vom Kieferwinkel bis an den Augenhöhlenrand sich etablirt hatte, durch Umschneidung in einer Sitzung und transplantirte auf die wenig blutende Fläche etwa 8 Lamellen aus dem Oberschenkel. Beim ersten Verbandwechsel waren die Lamellen angeheilt.

Horowitz (Wien).



Schneider, Richard. Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Lupus und Lues hereditaria tarda.

Im ersten von Schneider beschriebenen Falle wird die schon klinisch sichere Diagnose auf Lupus durch die Section, bei der zahlreiche tuberculöse Herde gefunden werden, bestätigt. Der zweite Fall ist anamnestisch wie klinisch ein unzweifelhafter Fall von Lues hered. tarda. Neue differentialdiagnostische Merkmale werden nicht beigebracht.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Steinhauser, P. Ueber Lupus-Carcinom. Inaug.-Diss. Tübingen 1894.

Als Lupus-Carcinom bezeichnet Steinhauser eine eigenthümliche Form von Carcinom, welche sich von dem gewöhnlichen Haut-Carcinom wesentlich unterscheidet, besonders durch das Auftreten im jugendlichen und ersten Mannesalter, als auch durch die ganz auffallende Malignität der Geschwulstbildung. St. unterscheidet nach Lang zwischen lupösem Narbencarcinom und eigentlichem Lupus-Carcinom, je nachdem das Carcinom in der Narbe eines längst geheilten Lupus auftrat, oder ob dasselbe an einen bestehenden Lupus sich anschloss. Bei der grossen Häufigkeit der Affection — St. stellt aus der Literatur 78 Fälle zusammen und theilt noch 5 neue Fälle mit — erkennt St. in der Combination von Lupus und Carcinom nicht ein zufälliges Zusammentreffen, sondern er betrachtet den lupösen Process als ein prädisponirendes Moment für die Carcinom-Entwicklung. Ed. Oppenheimer (Strassburg.)

Audry. Sur les dégénérescences cellulaires dans les parois de l'abscès actinomycosique sous-cutané. Journal des maladies cutanées et syphilitiques, 1896, p. 147.

Audry fand in der Wand eines aktinomykotischen Abscesses zwei verschiedene Sorten von Zellen; die einen waren gross und rund mit granulirtem Protoplasma und rundem oder ovalem, gut färbbaren Kern; diese Zellen vergrösserten sich allmälig, wobei der Kern an die Seite gedrückt wurde und allmälig ganz verschwand, während die Zellen ebenfalls in dem umliegendem Gewebe untergingen. Audry weiss selbst nicht anzugeben, was das für Zellen seien, hält sie aber vielleicht für mononucleäre Leukocyten. Die zweiten, nach der Gram'schen Färbung sichtbar werdenden Zellen waren grösser, mit groben blauen Granulationen vollgestopft, und resultirten von einer besonderen Art von protoplasmatischer Degeneration, die, aber nach des Verf. Ansicht, Nichts mit dem eigentlichen aktinomykotischen Process zu thun hat.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.).

Habel, A. Ueber Aktinomykose. Virchow's Archiv, 1896, Band 146, Heft 1.

Habel bespricht fünf Fälle von Aktinomykose sammt Sectionsbefund; in allen Fällen handelte es sich um Erkrankung visceraler Organe. Die Krankheit verlauft bald unter dem Bilde einer Lungentuberculose, bald unter dem einer Peritonitis oder Perityphlitis. Unzweifelhafte klinische Symptome für Aktinomykose sind nach der Meinung H. nicht vorhanden,



die Diagnose lässt sich nur durch den Nachweis von Aktinomyces-Körnchen im Sputum oder Eiter stellen. Gustav Tandler (Prag).

Gemy. La lèpre en Algérie. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 243.

Gemy macht in dem Bulletin médical de l' Algérie auf die Lepra in Algier, die besonders in einem Quartier (la Carriére genannt) haust, aufmerksam. Ein eifriger Anhänger der Contagiositätslehre glaubt er, dass man bei genauer Untersuchung der mohamedanischen und jüdischen Bevölkerung noch viel mehr Leprafälle constatiren würde, und macht besonders auf die Gefahr der Einschleppung durch die aus den verseuchten Provinzen Spaniens (Valencia und Alicante) Einwandernden aufmerksam, die bei ihrem Eintritt in's Land genau untersucht werden sollten. Er plaidirt für Hospitalisirung, wenigstens für möglichste Verbesserung des Gesundheitszustandes der Leprösen und Desinfection ihrer Umgebung.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.)

Arnaud. Quelques observations sur la lèpre en Tunisie. Un cas de cette affection traité par les injections de tuberculine. Annales de dermatologie et syphiligraphie. Tome. VII. Nr. 3. März 1896. p. 293.

Lepra scheint nach Arnaud in Tunis nicht sehr verbreitet zu sein, obwohl Verf. meint, dass eine eingehende Enquête zahlreichere Fälle sowohl unter den Italo-Maltesern wie unter den Muselmanen zeigen werde. Er selbst hat 5 Fälle gesehen. Auf Grund eines näher beschriebenen und beobachteten Falles kommt A. zu folgenden Schlüssen: 1. Die Lepra ist nicht hereditär. Der Patient, um den es sich handelt, hat drei gesunde Kinder. 2. Die Contagiosität ist nicht sehr ausgesprochen („lente"); denn es leben viele Personen mit diesem Kranken in naher Berührung ohne angesteckt zu sein. 3. Tuberculininjectionen scheinen nicht unwirksam zu sein; vorläufig, bis zu etwas besserem, sind sie das beste Mittel und haben bei A's. Patienten einen entschiedenen Stillstand der Krankheit und Zurückgehen der Symptome zur Folge gehabt. Jedoch sollen 4. die Dosen 2—3 Millig. nicht überschreiten, da die Reaction sehr heftig ist. E. von Düring (Constantinopel).

Brocq, L. Note pour servir à l'histoire des éruptions d'origine palustre. Éruption eczématiforme circonscrite persistante du nez de nature palustre. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII. 1896. Nr. 1.

Der von Brocq mitgetheilte Fall interessirt weniger der Affection wegen, als wegen der Erklärung, die Verf. demselben gibt. Bei einer 40j. verheirateten Dame, die von B. schon früher an einem Ekzem der Hände mit Erfolg behandelt war, zeigte sich links peripher auf der Nase eine etwas unregelmässig begrenzte, im ganzen ovale Eruption, etwa 1 Cm. hoch und $1^1/_2$ Cm. breit, mit gerötheter Basis. Es bestand etwas Schwellung und Röthung; auf der Oberfläche sah man ca. 2 Millimeter Durchmesser haltende „Papulo-Vesikeln", 7—8 an der Zahl, von grau-gelblicher Farbe, ohne Krüstchen, leicht nässend. Subjectiv empfand Pat. Morgens früh Brennen und Stechen, nicht gerade eigentliches Jucken. Nachmittags



pflegten diese Beschwerden zu verschwinden. Die Affection hatte sich in einem Monat aus 2—3 dicht neben einander stehenden Knötchen entwickelt. — B. stellte zunächst die Diagnose auf Ekzem — die Therapie erwies sich aber vollständig machtlos. Die Beobachtung nun, dass die Affection in regelmässigem Typus alle 2 Tage sich verschlimmerte, dass dann am nächsten Tage eine weniger heftige Attaque und darauf ein Tag ohne Verschlimmerung folgte, brachte B. auf den Gedanken, ob es sich hier vielleicht um eine Hautaffection auf Grund von Malaria handelte. Die Anfälle traten Früh gegen 4 oder 5 Uhr ein, steigerten sich bis 8 Uhr, liessen dann nach, um Nachmittags ganz aufzuhören. Zu dieser Zeit waren Schwellung, Röthung und Nässen, sowie die subjectiven Symptome scharf ausgesprochen, um nachher zu verschwinden. Die Darreichung von Chinin führte in zwei Tagen eine Besserung herbei, die Monate fortgesetzte locale Behandlung nicht zu erreichen vermocht hatte. B. erörtert kurz die Frage der Hautaffectionen bei Paludismus und spricht die Ansicht aus, dass man im vorliegenden Falle die einem nummulären Ekzem ähnelnde Affection direct als eine Aeusserung des Paludismus und nicht als eine, den Fieberanfall begleitende (herpesähnliche) Hautcomplication anzusehen habe. Er schliesst mit diesen Folgerungen: 1. Der angeführte Fall muss unter die noch wenig bekannten Dermatosen eingereiht, welche die reinen und echten cutanen Formen der larvirten Malaria bilden. 2. Dass gegenüber einer hartnäckigen Hautaffection mit etwas ungewöhnlichen Symptomen immer an die Möglichkeit der Malaria gedacht werden muss. 3. Dass Chinin und Arsenik in diesen Fällen wahre Specifica sind, während die locale Therapie vollständig machtlos ist. 4. Dass man die von Verneuil und Mercklen zaghaft vorgeschlagene Classe der „Paludiden" — für die vorstehender Fall ein Beispiel ist — als zu Recht bestehend anerkennen muss.

E. von Düring (Constantinopel).

Erythematöse, ekzematöse, parenchymatöse Entzündungsprocesse.

Mayer, Albert. Ueber einen Fall von infectiösem Erythem Der Kinderarzt VII. 1896. H. 6. p. 97.

Albert Mayer berichtet über einen dreijährigen Knaben, welcher im Anschlusse an eine Kopfwunde unter gleichzeitig auftretender Nackendrüsenschwellung von einem Erythema papulatum morbilliforme mit typisch pyämischem Fieberverlauf ergriffen wurde. Das Erythem persistirte 14 Tage lang. Auf der Acme des Processes erreichte die Abendtemperatur die enorme Höhe von 42°, die Morgentemperatur desselben Tages betrug nur 35°. Drei Wochen nach Heilung der Affection neuerliche Drüsenschwellung wieder mit pyämischem Fiebertypus und neuerlichem Erythem-Ausbruch. Abermalige Genesung nach 8 Tagen. Gegen die Auf-



fassung dieses recidivirenden Erythems als eines septico-pyämischen kann wohl kein Zweifel erhoben werden. Hochsinger (Wien).

Coulon et **Verny**. Eruption antipyrinique. Bulletin médicale du Nord 8. Mai 1896. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 310.

Zu der schon grossen Zahl von berichteten Antipyrinintoxicationen bringen Coulon und Verny einen neuen Beitrag. Ein junger Mann erkrankte 8 Stunden nach Einnehmen von 1·0 Antipyrin unter heftigem Jucken und Auftreten grosser rother Flecke auf dem Körper, im Mund, Gaumen, Penis und Präputium. Aus diesen Flecken entstanden 3 Tage später Blasen, die mit Hinterlassung von pigmentirten Stellen abheilten. 14 Tage später nahm Patient, der diesen Ausschlag nicht dem genommenen Antipyrin, sondern vorher genossenen Austern zuschrieb, wieder Antipyrin, und es zeigte sich bald darauf dieselbe Erscheinung, nur in noch erhöhtem Masse, in Verbindung mit einer heftigen Conjunctivitis. Die Heilung dauerte in diesem 2. Falle über 11 Tage.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Ruyssen. Erythème quinique. Bull. med. du Nord. 24. juillet. 1896. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 574.

Der an Malaria leidende Patient Ruyssen's bekam jedes Mal nach Einnehmen von 1·0 Chinin einen aus verschieden grossen, rothen, erhabenen, erythematösen Plaques und kleineren maculo-papulösen Efflorescenzen bestehenden stark juckenden Ausschlag an den Streckseiten der Arme und an einzelnen anderen Stellen des Körpers.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Bäumer, Eduard. Beiträge zur Histologie der Urticaria simplex und pigmentosa. Inaug.-Diss. Berlin 1895.

Im Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. XXXIV in extenso veröffentlicht.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Spek, van der. L'urticaire infantile. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 325.

Van der Spek bespricht in einer ausführlichen Arbeit die Ansichten der verschiedenen Autoren und die seinen über Auftreten, Aetiologie, Prognose, Complicationen und Therapie der Urticaria der kleinen Kinder. Gleich den meisten neueren Autoren hält er die Mehrzahl der Fälle durch Autointoxication vom Magen-Darmcanal aus bedingt, lässt jedoch für die Minderzahl auch andere Erklärungen, Dentition, Veränderung des Hautgefässsystems u. s. w. zu.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Lutaud. Sur une variété d'herpès pouvant donner lieu à des erreurs de diagnostic: l'herpès puerpéral. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 36.

Die 5 Patientinen Lutaud's erkrankten im 3. oder 4. Tage ihres Puerperiums unter heftigen Fiebererscheinungen und am folgenden Tage auftretendem Herpes labialis, womit das Fieber sofort abfiel. Die Discussion dreht sich nun darum, ob man einen eigenen Herpes puerperalis



vor sich habe, der auch die Veranlassung des vorausgegangenen Fiebers gewesen sei, oder ob beides, Fieber und Herpes, durch eine bei der Geburt gesetzte Infection bedingt sei, analog dem Herpes bei Pneumonie, Meningitis. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Comby. Desquamation dans la fièvre typhoïde chez es enfants. Société médicale des hopitaux. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 213.

Comby hat die schon von Weill behauptete Thatsache des Auftretens mehr oder weniger intensiver Hautschälungen nach typhösen Fiebern bei Kindern nachgeprüft und bestätigt gefunden. Diese Abschuppung ist bald kleienförmig, bald scarlatiniform mit grösseren oder kleineren Hautlamellen. Comby hat nun weiter gefunden, dass diese Abschuppung bedingt ist durch die im Stadium der Defervescenz auftretenden Sudamina, dass beide Erscheinungen ein günstiges prognostisches Zeichen bilden, dass sie jedoch keineswegs nur dem typhösen Fieber eigen sind, sondern auch bei und nach allen acuten, fieberhaften Krankheiten bei Kindern auftreten können. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Barbary. Sur un cas de maladie de Werlhof. — Forme activ. — De l'influence heureuse de l'alcool dans le traitement. — Durée, 3 semaines. — Guérison. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 553.

Barbary berichtet über einen ohne Prodromalstadium eingetretenen Fall von schwerem Morbus maculosus Werlhofii mit profusen Blutungen aus Nase, Mund und Darm, der unter grossen Alkoholdosen innerhalb 3 Wochen geheilt wurde. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Troquart. Lymphangite septique. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 481.

Die Patientin Troquart's, ein junges Mädchen, war vor 5 Tagen von einer Fliege auf die rechte Hand gestochen worden. Im Verlaufe kurzer Zeit entwickelte sich ein bis auf den Vorderarm reichendes Oedem mit Lymphangitis. Das Interessante an dem Fall ist der Umstand, dass Patientin vor 2 Jahren schon einmal durch einen Fliegenstich an der linken Hand in noch höherem Grade, als diesmal, ein Oedem der Hand und eine bis in die Achselhöhle sich erstreckende Lymphangitis mit Fieber durchgemacht hatte. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Christlieb, Otto. Ueber Stomatitis und Vulvitis aphthosa. Inaug-Diss. Würzburg 1895.

Christlieb beschreibt einen seltenen Fall von Geschwüren an der Vulva, die weder in das klinische Bild der Ulcera mollia noch luetischer Geschwüre hineinpassen und wegen gleichzeitig bestehender Stomatitis aphthosa mit dieser in Verbindung gebracht wurden. Daneben bestand noch ein Erythema nodosum des Unterschenkels. Der weitere Verlauf der Geschwüre an der Vulva wie im Rachen und Kehlkopf bestätigte die Diagnose der so seltenen, von Neumann zuerst beschriebenen Erkrankung. Als besonders wichtig für die Differentialdiagnose dürfte gegenüber luetischen Geschwüren die ausserordentliche Schmerzhaftigkeit bei leisester Berührung, das Fehlen von Induration und die leichte Unterminirung

der Ränder, gegenüber dem Ulcus molle vor Allem die Nicht-Uebertragbarkeit durch Impfung hervorzuheben sein. Das Erythem ist wohl als septisches aufzufassen. (Die Differentialdiagnose ist jedenfalls eine sehr schwierige und mit Sicherheit wohl nur bei gleichzeitiger epidemischer Aphthosis zu stellen. Ref.) Ed. Oppenheimer (Strassburg).

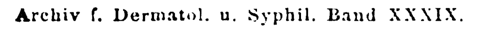
Gobert. Furonculose traitée par la levure de bière à l'interieur. Journal des Sc. Méd. de Lille, 22. Febr. 1896. Referirt im Journal des maladiès cutanées et syphilitiques 1896 p. 187.

Gobert berichtet über einen Fall von hartnäckiger multipler Furunkulose, welche durch den innerlichen Gebrauch von frischer Bierhefe innerhalb 12 Tagen völlig geheilt wurde.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Brocq, L. Nouvelles notes cliniques sur les lichenifications et les névrodermites. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome. VII. Nr. 6 juin 1896. p. 779. Nr. 7 juillet 1896 p. 924.

Brocq gibt eine zusammenfassende, kritische Uebersicht seiner eigenen, in den Jahren 1891—1892 veröffentlichten Anschauungen über das oben angegebene Thema, mit neuen klinischen Beobachtungen belegt. Anlass hiezu geben ihm die seither erschienenen Arbeiten von Neisser, Tommassoli, Pringle, besonders aber Touton's Arbeit. Die Arbeit zerfällt in zwei Theile: die Nevrodermiten und die secundären Licheninficationen. Zunächst spricht B. über die Pathogenese des Lichén simplex circumscriptus Vidal's, oder nach B.'s. Nomenclatur névrodermite chronique circonscrite. Für Referenten, der im wesentlichen durchaus auf dem Brocq'schen Standpunkt steht — sicher soweit es den klinischen Theil angeht — bilden die mitgetheilten Beobachtungen eine Bestätigung zahlreicher eigener Erfahrungen. Es handelt sich, um B's. eigene Worte zu gebrauchen, um einen „circumscripten Pruritus, der sich mit lichenification pure allmälig complicirt. B. zieht die Bezeichnung lichenification pure der früher von ihm gebrauchten lichenification primaire vor. In die Details dieses Capitels, besonders die Erörterung, weshalb Läsionen der peripheren Nerven vielleicht gar nicht gefunden werden und inwieweit Form und Anordnung der Affectionen auf nervösen Ursprung schliessen lassen, können wir hier nicht eingehen; sie stehen mit den klinischen Beobachtungen nicht auf gleicher Höhe. — Sodann geht Brocq zu den „névrodermites diffuses à type objectif de lichenification pure" über. Die Existenz dieses Typus ist mehr bestritten; die diffusen Fälle sind schwerer zu analysiren und kommen seltener vor. B. theilt zwei sehr gut beobachtete Krankengeschichten mit, geht dann sehr eingehend auf die Differentialdiagnose ein, bei der er Eczem, Lichen ruber planus, Chronische Urticaria, den „prurigo diathésique" Besnier's ausschliesst. Mit einer kleinen Abschweifung geht B. zu einer Nebeneinanderstellung seiner Nevrodermiten und der Besnier'schen „prurigo diathésiques" über. Es würde den Rahmen des Referats überschreiten, wenn wir auf diese interessante Frage näher eingehen wollten. — Das wesentliche für die in Rede stehende Affection ist stets, dass zunächst ein primärer, diffuser Pruritus





besteht, der von einer diffusen, reinen, wenig hervortretenden Lichenification gefolgt ist. Die Névrodermite diffuse wird beobachtet bei Neuropathen, bei denen sie unter irgend welchen secundären Momenten — Uebermüdung, Gemüthsbewegung, Schrecken, Excesse unter Jucken zum Ausbruch kommt; die Folge des Kratzens ist dann die Lichenification. Selten ist der ganze Körper von Beginn an befallen, meist sind es zunächst die Extremitäten, später Thorax und Bauch, seltener Gesicht und Stirn, die befallen werden; die Affection ist beinahe immer symmetrisch. Das Jucken kann continuirlich sein, oft aber tritt das Jucken anfallsweise auf, bis zu förmlichen Nervenkrisen, meist Abends. Unter dem Einfluss des Juckens tritt manchmal rasch, manchmal erst nach Wochen Lichenification ein. Allmälig werden die Pseudo-Papeln zahlreicher, confluirender, die Haut röthet sich oder wird pigmentirt, sie wird runzelig, chagrinirt, sammtähnlich, sie ist rauh und trockener, die Hautfältchen werden gedrängter und flacher, wenn, was meist der Fall ist, die Infiltration zu Beginn unbedeutend ist, vertiefen sich und werden von einander entfernt, wenn später die Infiltration bedeutender wird. Meist sind die Läsionen in Plaques von grösserer oder geringer Ausdehnung verstreut, ohne scharfe Grenzen. Nachdem die Affection einige Wochen bis Monate bestanden hat, tritt spontane Heilung: Aufhören des Juckens, Rückbildung der durch das Kratzen hervorgerufenen Lichenificationen ein — aber Recidive sind häufig. — In einem weiteren, durchaus theoretischen Capitel bespricht B. dann „le graphique des névrodermites" — die Beziehungen der circumscripten und chronischen Neurodermiten zu den Neurodermien, Pruritus senilis (diffus) und den circumscripten Neurodermien; weiter zu der Lichen ruber Gruppe. Eine Verwandtschaft nimmt B. hier nicht an, denn beim Lichen ist die Papel das Ursprüngliche; nur den „Lichen ruber obtusus corné" nähert er den Neurodermiten. Weiter werden dann die Beziehungen zur Hebra'schen Prurigo, mit der Zwischenstation der Prurigo diathesique eczémato-lichénienne, der chronischen Urticaria, den recidivirenden chronischen und den papulösen Eczemen besprochen; nebenbei erwähnt wird auch — anscheinend doch sehr fraglich — Mycosis fungoides. — Es ist nicht möglich, diese z. Th. sehr beachtenswerthen, z. Th. discutablen, z. Th. entschieden zu spitzfindigen Raisonnements im Referat wiederzugeben. — In einem zweiten Theil — bedeutend kürzer, als der erste — bespricht Brocq dann die sogenannten secundären Lichenificationen. „Studium einiger der Veränderungen, welche die Lichenificationen gewissen Dermatosen aufdrücken" überschreibt er diesen Abschnitt. Zunächst spricht er von dem Eczema seborrhoicum psoriatiforme der behaarten Kopfhaut, das sich mit Lichenificationen complicirt. Es sind dies die Fälle, wo festanhaftende, graue Schuppen eine stark infiltrirte Haut bedecken, jene Fälle, die fast jeder noch so energischen Therapie spotten. — Circumscripte Lichenificationen beobachtet B. auch bei dem trockenen Eczema seborrhoic. capitis — der Pytirasis capitis. Die befallenen Individuen sind meist Arthritiker. Zum Beschluss bespricht B. dann noch das Auftreten der Lichenification beim



Lichen ruber planus selbst. Hier scheint B. gar zu speculativ! — Es ist aber zweifellos, dass wir klinisch in der von B. eingeschlagenen Richtung noch viel zu arbeiten haben und grossen Vortheil daraus ziehen werden. In das Capitel des Eczems ist damit entschieden Bresche gelegt!

E. von Düring (Constantinopel).

(So weit der Herr Referent! Wir glauben jedoch darauf hinweisen zu dürfen, dass Ferdinand Hebra es war, der in seiner grundlegenden Arbeit über Scabies im Jahre 1844 auf Grund von Experiment und klinischer Beobachtung die Lehre aufgestellt und durch alle Phasen seines Lehrens wiederholt hat, dass durch Kratzen allein, also bei jeder Art von Jucken, das zu Kratzen Anlass gibt, Eczem aller möglichen Formen hervorgerufen wird und dass Hebra damit auch die richtige Bresche gebrochen hatte in die früheren Anschauungen über Eczem, d. i. in die Krasenlehre. Freilich ist der Ausdruck: „Kratzen ruft Eczem hervor“ viel simpler als „Lichenification“ und „Eczematisation“ und Alle die von Brocq aufgestellten. Jedenfalls muss im Interesse historischer Wahrheit dagegen Einspruch erhoben werden, als hätte Brocq es entdeckt, dass Kratzen Eczem erzeugt. Ferd. Hebra hat dies gethan u. zw. schon im Jahre 1844. Kaposi.)

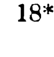
Schanzenbach, Otto. Ueber einen Fall von Eczema tuberculosum. Inaug.-Diss. Berlin 1895.

Schanzenbach hat auf Schweninger's Klinik eine Patientin, die an einem Recidiv eines Eczems litt, das klinisch sich wohl als Eczema madid. et crustos. faciei et capillitii charakterisirte, mit Tuberculin-Injectionen von 1—100 Mg. behandelt, bei gleichzeitiger örtlicher Behandlung mit Thiolumschlägen, Pinselungen mit 5% Argent. nitr. etc. Weil die Patientin nach der 3. und 4. Injection mit je 5 Mg. mit örtlichen und allgemeinen Erscheinungen reagirte, und alsdann — bei gleichzeitig fortgesetzter Localbehandlung und unter Recidiven — nach 6 Monaten endlich Heilung eingetreten war, glaubt Sch. den Fall als Eczema tubercul. bezeichnen zu dürfen. Tuberkelbacillen sind dabei in der erkrankten Haut nicht nachgewiesen worden. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Haushalter. Présentation d'un cas d'eczéma séborrhéique généralisé psoriasiforme. Société de médecine de Nancy. Journal des mal. cut. et syph. 1895 p. 476.

Haushalter stellt einen 9jährigen Knaben mit einem „universellen seborrhoischen Eczem“ vor, das durch seine grossen schuppenden Plaques einer Psoriasis ähnelt. Nur die Hohlhände und Fusssohlen sind frei geblieben; das Bett des Patienten mit Schuppen besät. In einer Anmerkung berichtet H., dass nach 14 Tagen schon eine enorme Besserung unter täglichen Seifenbädern und Einreibungen mit 5% Resorcinglycerin eingetreten sei. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Ruyssen. Eczéma professionel. Bull. méd. du Nord. 1896, p. 440. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 573.





Ruyssen berichtet über ein Ekzem der linken Kniekehle, dem kurz vorher ein solches der rechten Kniekehle vorausgegangen war, bei einem jungen Manne, der schon früher Ekzeme der unteren Extremitäten durchgemacht hatte. Patient ist Velocipedist und Vortragender will nun in der fortwährenden Reibung der Wade am Oberschenkel und dadurch bedingter Reizung der Kniekehle einen Grund für ein artificielles Ekzem bei einem allerdings dazu disponirten Individuen sehen.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Dünges. Zur Behandlung des Ekzems im Kindesalter. Centralbl. f. Kindhlkde I. 1896. Nr. 6, p. 182.

Dünges behandelt das intertriginöse Ekzem an den Hinterbacken und Oberschenkeln der Säuglinge in folgender Weise. Das Kind wird zunächst einmal gebadet, hierauf werden die erythematösen Partien mit einem indifferenten Streupulver bestreut, sodann wird Guttaperchapapier direct auf die angepuderten Partien applicirt und mittelst der Windeln an denselben festgebunden. Hiedurch wird die Haut vor dem schädigenden Einflusse der Excrete geschützt und dies allein genügt schon die Heilung zu bewerkstelligen. In fünf Fällen von Intetrigo der Säuglinge hat sich diese Methode dem Verf. glänzend bewährt.

Hochsinger (Wien).

Frèche. Des éruptions cutanées chez les hystériques. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1896, p. 4.

Nach einer Besprechung der bei Hysterischen vorkommenden Hauterscheinungen, des Dermographismus, der Erytheme, der Urticaria, des hysterischen Pemphigus und der Gangrän, berichtet Frèche die Krankengeschichte eines 28jährigen hysterischen Mädchens, welche ausser anderen hysterischen Symptomen eine ekzematöse Erkrankung des linken Vorderarms und Handrücken zeigte. Die Haut war überall geschwellt, ödematös, des Epithels beraubt, nässend. Im Verlauf der Behandlung, welche meist in feuchten Einwicklungen bestand, stellte sich ein schnell vorübergehender Pemphigus des linken Fussrückens und der linken Hohlhand ein.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Etienne. Eruption cutanée hybride. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 240.

Etienne demonstrirt der Société de méd. de Nancy einen Patienten, welcher nach vorausgegangenen heftigen Diarrhoen, unter plötzlicher Stuhlverstopfung von einzelnen Psoriasisplaques, von einem veritablen Ekzem am rechten Oberschenkel und von einigen acuten Lichenknötchen an der Brust befallen wurde. Vortragender hält die Affection für eine durch die plötzliche Verstopfung eingetretene Autointoxication.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Walsche, Emil de. Psoriasis praeputialis. La Clinique de Bruxelles, 13. Februar 1896. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 306.

Der Patient Walsche's bemerkte 8 Tage nach einem verdächtigen Coitus einige erodirte Stellen an seinem Präputium, während sich an



Penis und Hoden mehrere serpiginöse, röthliche, theilweise leicht schuppende Affectionen zeigten. Die genaue Untersuchung ergab eine Psoriasis, zumal sich auch an den Ellbogen einige typische Stellen befanden. Als einige Tage später sich einige neue Stellen am Präputium, mit Schwellung desselben und der Leistendrüsen zeigten, verordnete ein zweiter consultirter Arzt eine Inunctionscur, indem er eine Lues diagnosticirte. Unter oder vielmehr durch diese Einreibungen entstand, um das Bild noch mehr zu verwirren, ein roseolaähnliches Exanthem, das jedoch nach Aussetzen der Einreibungen bald abblasste, ebenso wie die Psoriasisstellen nach geeigneter Therapie nach 3 Monaten völlig verschwanden.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Méneau. Un cas de contagion apparente de psoriasis. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1896, p. 32.

Méneau berichtet über eine seit 6 Monaten bestehende Psoriasis des behaarten Kopfes bei einem 5jährigen Mädchen, die möglicherweise durch eine Uebertragung vermittelst des gemeinsamen Kammes von einer 3 Jahr älteren, an Psoriasis universalis leidenden Schwester entstanden ist.

Paul Neisser (Beuthen o. S.).

Luton. Traitement du psoriasis par la noix vomique. Union médicale du Nord-Est 1896, Nr. 7. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 439.

Luton berichtet über die Heilung zweier hartnäckiger Fälle von Psoriasis mit Extr. nucis vomicae, von dem er täglich eine Pille à 0·05 gab und empfiehlt weitere Versuche bei schweren Fällen damit zu machen.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Daverac. Vaste psoriasis chez une femme syphilitique avantageusement traitée par le cérat. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 33.

Daverac demonstrirt eine an einer alten Syphilis leidende Pat., welche von einer sehr ausgedehnten Psoriasis vulgaris durch die Anwendung einer einfachen Wachssalbe geheilt wurde.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Jocqs. Guérison d'une „plaque lisse" de la langue (psoriasis lingual) par le bleu de méthyle. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 308.

Jocqs berichtet über die Heilung einer Leukoplakie, die den Träger derselben beim Rauchen und Trinken scharfer Getränke sehr schmerzte und die schon mehrfach ohne Erfolg antisyphilitisch behandelt worden war, durch fortgesetzte Pinselungen mit 20% Methylenblau.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Filaretopoulo. Sur un pemphigus aigu grave. Mort par septicémie. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 556.

Filaretopoulo berichtet über einen binnen 8 Tagen zum Exitus führenden Fall von Pemphigus acutus bei einer 32jährigen, bis dahin gesunden Frau. Die Anfänge der Erkrankung zeigten sich auf dem Rücken, den Genitalien und den Gaumen; in zwei Tagen war fast die

ganze Körperoberfläche befallen und unter hohem Fieber, Delirien, Diarrhoen trat, wie schon oben gesagt, nach 8 Tagen der Exitus ein.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Barmeyer, Paul. Ueber einen Fall von Pemphigus chronicus. Inaug.-Diss. München 1895.

Bei dem von Barmeyer mitgetheilten Falle von Pemphigus vulgaris chronicus bei einem 21jährigen Soldaten war 3 Wochen vorher Scharlach aufgetreten gewesen, so dass sich die Blasen gleichsam als Nachkrankheit des Scharlachs entwickelten. Daher dürfte auch die Schwere des Verlaufs zu erklären sein. Die Krankheit war mit heftigen Allgemeinsymptomen verbunden, häufig recidivirend und mit Bildung grosser, z. Th. pustulösen Blasen einhergehend. Auch die Schleimhaut des Mundes war afficirt und es bestand auch Pemphigus conjunctivae et corneae, der auf der linken Seite zur fast völligen Erblindung führte.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Broelemann, Max. Beitrag zur Lehre des Pemphigus. Inaug.-Diss. Berlin 1895.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über den heutigen Stand der Pemphigusfrage, beschreibt Broelemann einen Fall von Pemph., den er auf der Lewin'schen Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte. Er betraf eine 18jährige, hereditär nicht belastete, luetische Virgo, die mit starker Stomatitis auf die Klinik aufgenommen, nach einer Woche an typischem Pemph. erkrankte. Jodkali brachte Stillstand der Eruptionen, die nach Aussetzen des Mittels sich erneuerten, bei Wiedergebrauch sistirten.

An intercurrinder Influenza ging die Pat. nach 3 Monaten zu Grunde, ohne dass die Section etwas besonders für Pemph. ergeben konnte. B. ist geneigt Pemphigus syphil. adultor. anzunehmen, da kein anderes ätiolog. Moment aufzufinden und auf Jodkali regelmässig Besserung resp. Stillstand eingetreten war.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Schloemann, Rudolf. Beitrag zur Lehre von der Pityriasis rubra pilaris Devergie. Inaug.-Diss. Strassburg 1895.

Schloemann beschreibt einen typischen Fall von Pityriasis rubra pilaris Devergie bei einem 48jährigen Kellner, bei welchem nach circa 300 Injectionen von Arsen in verschiedener Verdünnung und gleichzeitiger Behandlung mit Bädern vollständige Restitutio ad integrum des ganzen Körpers eingetreten war. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Coffin. Traitement des ulcères variqueux par la teinture d'Aloès. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1896, p. 1.

Coffin empfiehlt bei kleineren bis etwa 5markstückgrossen Ulcera cruris die Application von Tinctura Aloes, darüber einen impermeablen Stoff und Verband, nach 4 Tagen eventuell Wiederholung der Procedur. Der bei der Einpinselung eintretende Schmerz sei nur von kurzer Dauer. Verf. hat sehr gute Resultate von dieser Therapie gesehen.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).



Frèche. Engelures papuleuses. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 180.

Frèche demonstrirt der Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux eine besondere Art von Erfrierung. Beide Hände sind mit kleinen, rothen, derben Papeln und hirsekorngrossen Bläschen bedeckt. Diese Art der Erkrankung ist bei dem 13jährigen Patienten, der alljährlich erfrorene Hände hat, dies Jahr zum erstenmal aufgetreten.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Ury Hans. Ein Fall von Mal perforant du pied. Inaug.-Diss. Berlin 1895.

Ein seit 6 Jahren bestehendes Mal perforant beider Füsse mit häufigen Recidiven, mit Sensibilitätsstörungen und trophischen Veränderungen in der Umgebung der Geschwüre. Als ätiologisches Moment hebt Ury besonders hervor eine wahrscheinlich vorausgegangene Syphilis, in deren Folge sich einerseits eine Rückenmarksaffection, andererseits eine Endarteriitis obliterans syphil. entwickelt hat.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Bildungsanomalien.

Méneau. Un cas de maladie de Paget. Journal des maladies cutanées. et syphilitiques 1896, p. 31.

Méneau demonstrirt einen typischen Fall von seit 4 Jahren bestehender Paget disease. Die typische Farbe, das Beschränktsein auf die Brustwarze und ihre Umgebung, die Einziehung der Warze charakterisiren den Fall auf das Genaueste. In der Discussion sind alle sich an dieser Betheiligenden derselben Meinung, dass zur eventuellen Heilung die Exstirpation der Mamma mit allen dazu gehörigen Drüsen vorzunehmen sei.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Delore. Epithélioma primitif sébacé de la fesse. Journal des mal. cut et syph. 1896 p. 431.

Delore stellt eine 50jährige Patientin mit seit einem Jahre bestehenden Epithelioma sebaceum der rechten Glutealgegend und einen zweiten der Inguinalgegend vor. In der Discussion wird die Gutartigkeit dieser Affection, aber ihr häufiges Recidiviren betont.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Selberg, F. Ein Fall von Cancroid der Haut bei einem 6 Monate alten Kinde. Virchow's Archiv, 1896, Band 145, Heft 1.

Bei einem $\frac{1}{2}$ Jahr alten Kinde fand sich an der rechten Schulter oberhalb der Scapula ein wallnussgrosser, knolliger, an mehreren Stellen exulcerirter Tumor, dessen Entstehen vier Wochen post partum bemerkt worden war. Excision des Tumors, Naht, Heilung per primam; 4 Monate post operationem war das Kind vollkommen gesund. Histologisch erwies sich der Tumor als ein zweifelloses Cancroid der Haut.

Gustav Tandler (Prag)



Cordes, H. Ein casuistischer Beitrag zur Multiplicität der primären Carcinome. Virchow's Archiv, 1896, Band 145, Heft 2.

Bei der Section einer 77jährigen an Marasmus verstorbenen Frau fand sich ein primäres Adenocarcinom des Magens mit Metastasen im Magen, Netz, Peritoneum und retroperitonealen Lymphdrüsen, ferner ein gleichfalls primäres Plattenepithelcarcinom am Fusse mit secundärer Betheiligung der inguinalen Drüsen derselben Seite, demnach bei einem Individuum zwei primäre Krebstumoren. Gustav Tandler (Prag).

Bohm, H. Traumatische Epithelcyste und Fremdkörper-Riesenzellen in der Haut. Virchow's Archiv 1896, Band 144, Heft 2, Seite 276.

Bohm beschreibt drei Fälle von traumatischen Epithelcysten an der Hand, dadurch entstanden, dass durch irgend ein Trauma ein Stückchen Oberhaut aus seinem Zusammenhange gelöst und in die Tiefe der Cutis oder des Unterhautzellgewebes verpflanzt wurde. Indem nun dort die Zellen des losgelösten Stückchens ihre Thätigkeit fortsetzen, entsteht so langsam eine gewöhnlich bohnengrosse Epithelcyste, während sich unterdessen der Substanzverlust der Haut schon lange darüber geschlossen. Für die traumatische Natur dieser Cysten spricht das regelmässige Vorhandensein einer feinen Narbe der Haut über der Cyste. In einem Falle zog von der Oberhaut zur Cyste ein zarter Narbenstrang, in welchem sich zahlreiche Riesenzellen um Epidermisschollen gelagert vorfanden, welche Zellen als Fremdkörper-Riesenzellen gedeutet werden müssen.

Gustav Tandler (Prag).

Hallopeau, H. Nouvelle Etude sur le dermatite bulleuse congénitale avec kystes épidermiques. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VI., Nr. 4. Avril 1896, p. 453.

Hallopeau theilt einen weiteren Fall der von Vidal als „lésions trophiques d'origine congénital à marche progressive", von Besnier als Ichthyosis congenita bullosa bezeichneten Affection, von der auch Referent vor einigen Jahren einen Fall in den Monatsheften für prakt. Dermatologie mitgetheilt hat. H. stellt folgende Schlusssätze auf.

1. Diese congenitale, bullöse Hautaffection, mit bleibenden Narben und Epidermiscysten ist unbedingt eine Krankheit sui generis.

2. Das Hauptcharacteristikum ist die Bildung gelb-seröser oder sero-sanguinolenter Bullae.

3. Ganz leichte Berührungen genügen, um das Auftreten dieser Bullae hervorzurufen.

4. Ihr Sitz ist mit Vorliebe Streckseite der Gelenke der Extremitäten, aber sie treten auch auf der Continuität derselben und am Stamme auf.

5. Meist sind sie schmerzlos, können aber während der acuten Nachschübe von lebhaftem Jucken begleitet sein; manchmal geht das Jucken voraus.

6. Die Bullae hinterlassen manchmal einfache anfangs pigmentirte, später entfärbte Maculae, manchmal meist ganz oberflächliche, unregelmässig runde oder ovale, isolirte oder confluirende, leicht deprimirte



oder wenig vorspringende Narben; meist sitzen dieselben an den Praedilectionsstellen, finden sich aber auch am Stamm. An den am meisten befallenen Stellen besteht gleichzeitig eine ausgesprochene Atrophie der Haut.

7. In den Maculae sieht man miliare Knötchen, von weisser oder gelblicher Farbe. Es sind Epidermiscysten, veranlasst wahrscheinlich durch die Obliteration eines Drüsenausführungsganges bei der Regeneration der Epidermis nach der Rückbildung der Bullae.

8. Die Elemente entsprechen in ihrer Vertheilung manchmal dem Lauf der Nervenstämme.

9. Es handelt sich wahrscheinlich nicht, wie Vidal meinte, um eine angeborene Ernährungsstörung, noch um eine Intoxication, wie es Hallopeau früher annahm, sondern um eine Trophoneurose.

10. Die Krankheit kann erblich sein; sie überträgt sich meist, jedoch nicht ausschliesslich, mütterlicherseits.

11. Von der angeborenen Anlage zum Auftreten der Bullae unterscheidet sich diese Affection durch ihren entzündlichen Charakter, durch die Localisationen, die Narben, die Atrophien, die Epidermiscystchen und durch die, der Nervenvertheilung folgenden, acuten Nachschübe.

E. von Düring (Constantinopel).

Fürstenheim, F. Kiemengangshautauswüchse mit knorpeligem Gerüste. Jahrb. f. Kinderh. XL., p. 248—251.

Die im Titel angeführte Missbildungsform, welche von Virchow, Weinlechner und Grimm bisher immer nur hemilateral gesehen wurde, fand Fürstenheim in 3 Fällen gleichzeitig über beiden Kopfnickern ohne nachweisbare Fistelöffnungen ausgeprägt. Es waren zitzenförmige, $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ Cm. lange häutige Fortsätze mit festem Gerüste, welche in verschiedener Höhe über der Artic. sterno-clav. ihren Sitz hatten und in die Tiefe des Zellgewebes vordrangen, ohne eine Verbindung mit einem knöchernen oder knorpeligen Gebilde des Halses einzugehen.

Hochsinger (Wien).

Tenneson, Leredde et **Martinet.** Sur un granulome innominé. Annales de dermatologie et de syphiligraphie Tome VII, Nr. 7. juillet 1896, p. 913.

Tenneson, gemeinschaftlich mit Leredde und Martinet, gibt eine klinische und anatomische Beschreibung einer in den letzten Jahren häufiger discutirten Affection. Es handelt sich um die von Brocq als Folliculites disséminées symétriques des parties glabres; von Barthélémy als Acnitis und Folliclis; von Pollitzer als Hydradenitis destruens suppurativa; von Dubreuilh als Idrosadénite suppurative disséminée; von Unna als Spirdenitis disseminata suppurativa beschriebene Affection. Tenneson hat zwei Fälle klinisch beobachtet und bei beiden Biopsien gemacht. Klinisch handelt es sich um eine, bei jungen, lymphatischen Individuen auftretende Bildung schmerzloser Knötchen, die unregelmässig verstreut überall, besonders aber auf den Fingerrücken, in der Handfläche und am freien Rande der Ohrmuschel auftreten; die grössten



sind erbsengross, die meisten kleiner. Die Knötchen entwickeln sich langsam in den tiefen Hautschichten, dringen langsam zur Oberfläche vor, machen subjectiv keine Beschwerden. Ein Theil der Knötchen wird spontan resorbirt, einige erweichen, zeigen nach Aufbruch eine kraterförmige, häufig durch ein Krustchen verschlossene Oeffnung; daher die Aehnlichkeit mit einer Folliculitis. Bei Druck wird ein Tröpfchen Eiter entleert. Nach der Heilung bleibt eine weisse, strahlige, häufig mit einem Pigmentrand umgebene Narbe zurück. Die Affection schliesst sich häufig an Eczeme an. — Das wichtigste an T's. Arbeit ist wohl der Nachweis, dass die Affection weder mit den Schweiss- noch mit den Talgdrüsen noch mit den Follikeln etwas zu thun hat, dass dieselbe sich vielmehr an der Grenze von Derma und Hypoderma entwickelt, besonders in der Umgebung der Gefässe, die häufig thrombosirt gefunden werden; dass weiter die im Centrum verkästen Knötchen alle Charaktere einer infectiösen Granulationsgeschwulst an sich tragen. Die Betheiligung der Drüsen der Haut ist eine secundäre.

Interessant sind auch die kurzen pathogenetischen Bemerkungen. Mikroben sind von keinem Autor gefunden. Aber alle Publicationen erwähnen direct oder indirect die Scrophulose. T. sagt: Wenn man von der Srophulose, so wie sie Lugol und Bazin verstanden, das ablöst, was zur hereditären Syphilis und zur Tuberculose gehört, so bleibt doch noch etwas übrig, wofür wir weder ätiologische noch anatomische Kriterien haben — und doch wissen alle Kliniker, was sie unter „Srophulösen" verstehen! Die gedunsene, schlecht ernährte Haut solcher „Scrophulösen" bietet den unbekannten Mikroben (Tuberkelbacillen oder anderen) ein günstiges Feld zur Entwickelung der erwähnten Granulome.

E. von Düring (Constantinopel)

Brandt, A. Eine Virago, mit Benützung der von W. Favr ermittelten gynäkologischen Daten. Virchow's Archiv, 1896, Band 146, Heft 3.

Brandt beschreibt eine 39jährige Virago, bei welcher bloss Stirn, Wangen, Hals, die von den herabhängenden Brüsten verdeckten Stellen des Thorax, ferner die Seitenflächen desselben, sowie die des Unterleibes mit Lanugo bedeckt sind. Alle übrigen Stellen sind dicht behaart, während die Extremitäten einzeln stehende, bis 1 Cm. lange, schwarze Haare aufweisen. Backen-, Schnurr- und Kinnbart bestehen aus straffen, schlichten, kastanienbraunen, roth melirten Haaren; der Backenbart ist bis 20 Cm., der Schnurrbart 4—5 Cm. lang, die Haare des Rumpfes schwarz, bis 4 Cm. lang. Die Hypertrichose, gegen welche die verschiedensten Mittel ohne Erfolg angewendet wurden, soll im 26. Jahre der betreffenden Person während einer schweren puerperalen Pelvioperitonitis, die im Anschluss an eine Frühgeburt aufgetreten war, entstanden sein.

Gustav Tandler (Prag).

Ramìrez, B. del Vielar. Ueber die Verruga peruana. Inaug.-Diss. Berlin 1895.



Villar gibt eine sehr interessante monographische Darstellung dieser ausschliesslich in einigen tropisch gelegenen Hochthälern der peruanischen Anden vorkommenden Infectionskrankheit, die besonders für die weisse Race sehr gefährlich zu sein scheint. Auf die Einzelheiten der Aetiologie, Symptomatologie etc. hier einzugehen, dürfte für den Rahmen eines Referates zu weit gehen. Hervorzuheben sei nur, dass sich auf der Höhe der sehr schmerzhaften Krankheit ein juckendes Exanthem über den ganzen Körper entwickelt, aus welchem dann zahlreiche (100—200) kleinere und grössere in der Haut gelegene Tumoren hervorgehen können. Diese sind keine echten Verrugas (Warzen), sondern im papillären oder subcutanen Bindegewebe gelegene bindegewebige Tumoren.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Fuchs, E. Ueber Blepharochalasis (Erschlaffung der Lidhaut). Krankenvorstellung in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 6. December 1895. (Wiener klin. Wochenschrift 1896. Nr. 7.)

Nach Fuchs besteht das Wesen der Krankheit in einer Atrophie der Lidhaut mit Verdünnung und Elasticitätsverlust und in Folge dessen Ausdehnung derselben; ferner in einer Atrophie oder wenigstens Erschlaffung des Unterhautzellgewebes. Die hiebei auftrende Erweiterung der feinen Hautvenen wird als secundäre Erscheinung gedeutet, ebenso der leichte Grad von Ptosis. Die Krankheit befällt ausschliesslich die oberen Lider, tritt beiderseitig auf und betrifft vorzüglich die Lid-Haut. Zu Folge der Verdünnung und des Elasticitätsverlustes ist die Haut in unzählige, feine, nach allen Richtungen sich durchkreuzende Falten gelegt und wird nicht unpassend mit zerknittertem Cigarettenpapier verglichen. Die Empfindlichkeit der Haut gegen Tast- und Temperatureindrücke ist normal. Horovitz (Wien).

Kaposi, M. Mycosis fungoides und Sarcomatosis cutis. Demonstration in der k. k. Gesellschaft der Aerzte 28. Februar 1896. (Wiener klin. Wochenschrift 1896, Nr. 10.)

Diese 2 Fälle wurden 3 Monate zuvor mit folgenden Bemerkungen vorgestellt: Während Mycosis fung. in Anschluss an ein Erythem und Ekzem sich entwickelt, ging hier eine Pemphiguseruption voraus und daneben; die Therapie ist gegen das Uebel ohnmächtig, obschon einzelne Knoten sich auch spontan zurückbilden können; gewöhnlich letaler Ausgang. Die Sarcomatosis cutis hat viel Aehnlichkeit mit Mycosis fungoides; auch sie führt zum Tod, doch ist auf Arseniktherapie auch vollständige Genesung möglich. Die Sarcomatosis wurde innerlich mit Arsen behandelt, doch musste wegen Fieber und Diarrhoen diese Therapie unterbrochen werden; und dennoch ist ein vielfaches Schwinden der Geschwülste zu constatiren. Auch bei der Mycosis fung. musste die Arsenmedication wegen hohen Fiebers unterbrochen werden. Aber jetzt trat Abflachung der Knoten auf, die Blaseneruption wurde geringer und nach Ablauf einer inzwischen aufgetretenen acuten Nephritis, eines Hydrops und allgemeiner Hinfälligkeit schwanden die Knoten, es trat eine allgemeine seröse Ausschwitzung auf und die Kranke erholte sich. Horovitz (Wien).



Hennig, Karl. Hirsuties congenita cum hemiatrophia: melanosarcoma. Jahrb. für Kinderh. XL., p. 107—120.

Ein $3^3/_4$ Jahre altes Mädchen, dessen Krankengeschichte K. Hennig mittheilt, wies an der rechten Wange, dem ganzen Rücken und stellenweise am rechten Oberarme dichten Haarwuchs nebst dunkel pigmentirten Flecken und Ringen auf. Die behaarte rechte Wange und der rechte Oberarm waren atrophisch, die Eckzähne dieser Seite länger als normal. Ueberdies wurden am Nacken und Rücken Geschwülste beobachtet, welche sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Melanosarcome erwiesen.

An die Beschreibung dieses Falles knüpft H. eine ausführliche Besprechung der Hirsuties congenita, welche in übersichtlicher Form das bisher über diese Hautanomalie Bekannte anführt und zum Gegenstande interessanter Erörterungen vom vergleichend-anatomischen Standpunkte aus macht, welche im Originale nachgesehen werden mögen.

Karl Hochsinger (Wien).

Perrin. Xéroderma pigmentosum. Journal des maladiès cutanées et syphilitiques 1896, p. 154.

Perrin demonstrirt ein 6jähriges Mädchen mit einem typischen Xeroderma pigmentosum. Auf den unbedeckten Körpertheilen, dem Gesicht, Ohre, Hals, Nacken, Vorderarmen und Händen sind alle Stadien dieser Erkrankung zu constatiren; mehr oder weniger pigmentirte rothe Flecke, Trockenheit, Abschuppung und Atrophie der Haut, impetigoähnliche Pusteln, mit Krusten bedeckte Exulcerationen, von diesen herrührende, mit Teleangiektasien durchzogene Narben, verrucöse und papillomatöse mit Krusten bedeckte, leicht blutende Efflorescenzen. Vortragender bespricht sodann die unbekannte Aetiologie dieser Krankheit, ihr häufiges Vorkommen in derselben Familie, ihre Therapie, die eine möglichst milde sein und nur bei dem Entstehen der Epitheliome in Aetzung oder Kauterisirung bestehen soll.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Vladimirov. Le vitiligo chez un enfant de six ans. Med. Obozr. 1895, Nr. 22, Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, pag. 110.

Der kleine 6jährige Patient Vladimirow's zeigte seit 9 Monaten mehrere Anfangs isolirte, später wachsende und confluirende Vitiligostellen im Gesicht mit Betheiligung der Wimpern. Unter 5monatlicher Arseniktherapie (2 Gtts. Sol. Fowleri pro die) verschwanden die Stellen völlig und nur die Entfärbung der Cilien blieb zurück.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Malherbe, A. et **Malherbe,** H. (de Nantes). Note sur un cas curieux de lymphangiectasie cutanée avec lymphorragie végétante et eléphantiasis (1 Tafel). Annales de dermatologie et syphiligraphie. Tome VII. Nr. 3. März 1896, p. 278.

Es handelt sich um einen klinisch nicht uninteressanten Fall von Lymphorragie, Lymphectasie und chronischen Oedem — nicht eigentlicher



Elephantiasis — bei einem jungen Mädchen. Afficirt waren das linke Bein, d e Labien, besonders das rechte, Mons veneris und Inguinalgegend. Zurückgeführt wird die Krankheit auf eine im Jahre 1891 durch das Corset verursachte Abschürfung. Der Status Mitte 1893 wird folgendermassen beschrieben: Am besten zu beobachten ist sie in der Inguinalfalte und am Bauche oberhalb des Mons veneris. Bei aufmerksamer Betrachtung sieht man geschlingelte, halb-transparente Vorwölbungen, ähnlich Flussläufen auf Landkarten; im Verlauf dieser oberflächlichen erweiterten Lymphgefässe sieht man sudaminaähnelnde Bläschen, von kaum sichtbarer bis zu Hantkorngrösse. Bei weiterer Entwickelung sieht man, dass diese Bläschen multiloculär sind, sie werden bis erbsengross, fliessen zusammen und bilden warzenähnliche Wucherungen. Die unterliegende Haut ist ödematös, röthlich, chagrinirt, wie Orangenschale. Angestochen entleeren diese Bläschen oder Vegetationen klare oder röthliche Lymphe, die unausgesetzt fliesst, wie bei der Stichelung ödematöser Extremitäten. Sie werden aber auch spontan eröffnet, nässen und maceriren die Haut. — Alle Cautherisationen waren machtlos. Von Erfolg war schliesslich nach 3 Jahren nur systematische Compression durch Bindeneinwickelung der linken Extremität. — Die anatomischen und bakteriologischen Untersuchungen bieten kaum etwas Bemerkenswerthes. Verf. halten eine Infection für die zweifellose Ursache der Affection. Sie haben einen unbekannten speciellen Bacillus, dann Streptococcen und den B. tetragenes aus der Lymphe gezüchtet; damit haben sie negative Thierversuche angestellt und sprechen sich selbst sehr reservirt aus über die pathogenetische Bedeutung derselben. (Ein gleicher Fall ist kürzlich von Haferkorn, Deutsches Archiv f. klin. Medicin. Bd. 56, Heft 5 u. 6 beschrieben.)

E. von Düring (Constantinopel).

Zwillinger, H. Ueber das Verhältniss der Pachydermia laryngis zu den Leukokeratosen (Leukoplakien). Wiener klin. Wochenschrift. 1896, Nr. 8.

Z. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schlusse, dass die Pachydermia laryngis identisch ist mit dem Krankheitsprocesse, der mit Leukoplakia oris belegt wird; auch soweit die Aetiologie in dieser Frage einiges Licht verbreitet, fallen die beiden Processe mit einander zusammen. Horovitz (Wien).

Giehrl, Josef. Ueber Elephantiasis. Inaug.-Diss. München. 1894.

Giehrl beschreibt 2 Fälle von Elephantiasis, von denen der erste wahrscheinlich nach einem Trauma entstanden ist. Er betrifft einen 22jährigen Knecht, der im 6. Lebensjahre einen Sturz vom Heuboden erlitt und seit dieser Zeit eine Zunahme seines linken Oberschenkels und Hüfte bemerkte, die zur Zeit der Beobachtung zu zwei grossen Geschwulstmassen sich entwickelt hatte. Patient wurde operativ geheilt.

Der zweite Fall, von dem eine Abbildung beigegeben ist, betrifft eine gleichmässige elephantiastische Verdickung beider unteren Extremitäten mit Ausnahme der Zehen und der vorderen Theile des Metatarsus bei einer 70jährigen Frau. Ed. Oppenheimer (Strassburg).



Rothschild, Otto. Elephantiasis scroti et penis. Inaug.-Diss. Bonn. 1895.

In einer Zusammenstellung von 33 Fällen von sporadischer Elephantiasis scroti et penis bringt Rothschild 3 neue Fälle aus der Bonner med. Klinik. Während der 2. Fall (Fall 31) eine Folge eines häufig recidivirenden Erysipels bei einem Tuberculösen war, verdankten die beiden anderen Fälle (27 und 32) ihre Entstehung einer bestehenden Harnfistel. Diese ist überhaupt eine häufige Ursache des Leidens, und dies wohl dadurch zu erklären, dass durch die Stauung der Circulation in Folge von Narben, die Harnstauung, das Aussickern des Urins durch die Fisteln und die Infiltration der benachbarten Gewebe diese in einen chronischen Reizzustand versetzt werden, den sie mit einer Lymphangoitis und Bindegewebswucherung beantworten. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Joppich, Julius. Ein Fall von Sclerodermie. Inaug.-Diss. Würzburg 1894.

Bei dem von Joppich beschriebenen und mikroskopisch untersuchten Falle von Sclerodermia circumscripta ist besonders bemerkenswerth, dass die Bindegewebshyperplasie sich ausser in der Haut noch an mehreren inneren Organen, vor allem der Leber und der Milz vorfindet, so dass die Sclerosirung der Haut nur als ein Theil des Gesammtbildes des sclerotischen Processes erscheint.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Haushalter. Lichen scrofulosorum. Société de médecine de Nancy 27. Mai 1896. Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 473.

Haushalter demonstrirt 2 Fälle von Lichen scrophulosum; bei dem zweiten war die Affection, die ausser auf dem Körper auch auf den Gesicht zu constatiren war, mit einer multiplen Tuberculosis verrucosa cutis combinirt. Ein Meerschweinchen, in dessen Peritoneum einige Lichenknötchen vom Gesicht der Pat. inoculirt worden war, starb nach 3 Monaten an Tuberculose. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Hamburger, Robert. Die Therapie des Lichen ruber. Inaug.-Diss. Strassburg 1895.

Hamburger empfiehlt als beste Methode zur Heilung des Lichen ruber die subcutane Anwendung des Arsens; die Unna'sche Karbolsublimatschmiercur bezeichnet er als ebenfalls sehr wirksam. Die Involution der Efflorescenzen wird bei der Arsencur beschleunigt durch Application reizmildernder Salben. Schädliche nervöse Einflüsse sind vom Patienten fernzuhalten. Eduard Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Féré. La pelade post-épileptique. Nouvelle Iconographie de la Salpétrière. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 51.

Féré berichtet zwei Fälle von Alopecia areata nach epileptischen Anfällen, bei denen nach wenigen Wochen oder Monaten ohne jede Behandlung die Haare wieder wuchsen. In dem einen Falle hatte Patient nach wochenlanger Pause 4 epileptische Anfälle in einer Nacht; am folgenden Tage begannen die Haare auszufallen und nach 2 Tagen zeigte sich auf dem Kopfe des Patienten 50 etwa Francstück grosse, jeglichen



Haares beraubte Stellen, die sich in den nächsten Tage theilweisen noch vergrösserten; die Sensibilität war auf diesen Stellen unverändert, schmerzhafte Empfindungen nicht vorhanden. Im Verlaufe mehrerer Wochen und Monate begannen zuerst die kleineren, später die grösseren Stellen sich wieder mit normalem Haar zu bedecken. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Sabouraud, R. Sur les origines de la pelade. Étude clinique et expérimentale. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII. Nr. 3, 4, 5 et 6. Mars, avril, mai et juin et 1896. (Mit 6 Taf.)

Sabouraud's Arbeit ist eine Monographie, über die Alopecia areata. Nach einer Uebersicht über die früheren Arbeiten, deren keine das Ziel, die Ursache der Pelade zu finden, erreicht hat, geht Sabouraud zunächst zum klinischen Theil seiner Arbeit. Zunächst besteht S. darauf, dass die Alopecia areata contagiös sei. Dass diese Thatsache im Auslande noch bestritten sei, hänge davon ab, dass die Krankheit 1. dort weniger häufig sei als in Frankreich; dass 2. die Feststellung der directen Filiation häufig schwer sei; und dass 3. die Art der Uebertragung — besonders durch die Friseure — häufiger zu sporadischen Fällen, als zu Epidemien Anlass gibt. Ist die Krankheit aber contagiös, so müssen wir einen Parasiten suchen.

Für die Untersuchung, anatomisch-histologisch, sowie bacteriologisch, ist es wichtig zunächst in die klinischen Erscheinungen und Stadien der Krankheit einigen Einblick zu gewinnen.

Vor dem Ausfall der Haare, vor der Bildung der kahlen Stelle, kann man an den Haaren schon Veränderungen constatiren: das erkrankte Haar ist der Stumpf eines noch an seinem Platz verbliebenen Haares; es ist ganz genau keulenförmig, oder besser noch, es hat die Form eines Ausrufungszeichen. Bei schnell verlaufenden Peladen, besonders bei der von Besnier als Pelade trichophytoide oder Pelade à chéveux fragiles bezeichneten Form, findet man diese Haare häufig auf dem erkraukten Fleck oder in seiner Umgebung.

Wenn man Gelegenheit hat, Alopecia während der Ausbreitung zu beobachten, so sieht man im Centrum eine vollständig kahle Stelle, man erkennt die leeren Ausführungsgänge, die mit Sebum gefüllt sind; schon mit blossem Auge oder mit der Lupe ähneln sie den erweiterten Poren, wie sie bei Acne der Nase zu sehen sind. Um diese leeren Follikel sind die andern, schon erkrankten Haare kreisförmig geordnet.

Die histologische Untersuchung des erkrankten Haares ergibt, dass:

1. das Pigment, welches im oberen Theile ganz normal vorhanden ist, im basalen Theile fehlt;

2. der im oberen Theile normale Durchmesser des Haares, vom oberen Drittel ab bis zur Wurzel sich verjüngt;

3. der im oberen Theile vorhandene Markraum in dem mittleren Theile starke Veränderungen zeigt, um im centralen Theile ganz zu verschwinden;



4. die Wurzel nicht hemispherisch ist, keinen Bulbus bildet, und keine, der Papille entsprechende Höhlung zeigt; sie ähnelt einer Pfahlwurzel, einer Kohlrübe. Histologisch gesprochen stellt das erkrankte Haar die regressive Metamorphose dar eines ausgebildeten Haares in ein Wollhaar.

Diese Veränderungen können unmöglich durch einen Mikroben veranlasst werden, der seinen Sitz im Haare hat; die Störung muss von der Papille ausgehen; wir können den Zustand der Rückbildung, das Absterben der Papille in allen Stadien beobachten; und nach den Dimensionen des Haares kann man sagen, dass dieser Process des langsamen Absterbens der Papille mindestens 14 Tage, längstens zwei Monate dauert.

Das, was dem Pelade-Haar specifisch, eigenthümlich ist, ist seine Spaltbarkeit; es ist sowohl transversal, als ganz besonders vertical sehr leicht zu spalten.

Sabouraud gesteht, dass er, wie alle Untersucher (? Red.) vor ihm, nicht genügend auf die Bedeutung der Papillenerkrankung geachtet und, der Contagiosität wegen, den Parasiten an der Oberfläche gesucht. So haben seine ersten Untersuchungen ihn 15 Arten von Mikroben finden lassen, 6 besonders häufig, unter ihnen 2, auf die er näher eingeht: den von ihm sogenannten Micrococcus communis und den Unna'schen Flaschenbacillus. Wegen dieses Theiles müssen wir auf das Original verweisen — genug, nach einjährigem Studium überzeugte er sich, dass keiner dieser Mikroben als Ursache der Pelade anzusenen ist, sondern dass sie häufig vorkommende Bewohner des nicht erkrankten Kopfes sind.

S. wandte sich dann zur histologischen Untersuchung der Kopfhaut, um vielleicht hier den Mikroben zu finden. Man muss suchen, die Haut in drei Phasen zu untersuchen;

1. zu Beginn des Kahlwerdens, 2. bei völliger Kahlheit und 3. zur Zeit des Wiederwachsens der Haare. Er begann seine Untersuchungen mit dem dritten Stadium. Er constatirte in diesem Stadium:

1. Viele Haarfollikel sind vollständig verschwunden.

2. Um die übriggebliebenen Follikel ist das cutane Bindegewebe in Verticalbündeln verdickt, dicht, gedrängt, mit Bindegewebszellen durchsetzt, von denen einige fetthaltig sind.

3. An der Basis dieser „Bindegewebspfeiler" findet man weiter zahlreiche abgeplattete, degenerirte, die leicht als Mastzellen zu erkennen sind.

4. Sehr viele Haare sind im Begriffe, sich neu zu bilden (auch aus den „verschwundenen" Follikeln? Red.) und dieser Nachschub findet ganz in der normalen Weise statt, sowie man es bei allen nicht durch Narbenbildung veranlassten Alopecien sieht.

5. Die zugehörigen Talgdrüsen sind immer sehr gross, manchmal auffallend gross und reichlappig.

6. Die Pigmentbildung ist und bleibt aufgehoben, nicht nur in den neuen Haarpapillen, woraus die Canities der nachwachsenden Haare (erscheinen ja doch meist später wieder pigmentirt. Red.) zu erklären, sondern auch in den Basalzellen der Epidermis.



Zwei Punkte sind auffallend: Einmal die über die ganze erkrankte Hautpartie ausgedehnte, nicht auf die Follikel beschränkte Störung der Pigmentbildung; und weiter die Anwesenheit der Mastzellen in den tiefen Cutislagen, ein Beweis dafür, dass die Wirkung der Krankheitsursache sich auch auf andere Theile der Bedeckung, nicht nur auf die Follikel, erstreckt.

Die weiteren Untersuchungen erstreckten sich auf das Höhestadium der Affection, vom Eintritt der Kahlheit, bis zum Beginn (exclusive) des Wiederwachsens des Wollhaares. Zwei Punkte sind zur Constatirung dieser Periode wesentlich: In der Umgebung der kahlen Stelle findet man keine brüchigen, pigmentirten Haare mehr; d. h. der Haarausfall ist zum Stillstand gekommen. Ebensowenig aber findet man nachwachsende Wollhaare; d. h. das letzte Stadium des Nachwachsens der Haare ist noch nicht erreicht. Die histologische Untersuchung dieses Stadiums zeigt die Follikel geradezu eingeschachtelt in Wanderzellen — es handelt sich um eine chronische, atrophisirende, das Haar gleichsam aus dem Follikel heraustreibende Folliculitis. An Stelle der erkrankten Follikel und um dieselben findet sich eine vollständige Scheide reifen, dichten, sclerotischen Bindegewebes; aber auch das periphere Gewebe beweist die Theilnahme am Entzündungsprocesse durch die Anwesenheit der eben geschilderten Veränderungen. Man constatirt Störungen der Pigmentbildung in der Malpighischen Schicht, die S. auf eine „Fernwirkung" zurückführt, und kleinzellige Infiltration um die Gefässe — entzündliche Diapedese. Ein Drittel der kleinzelligen Infiltration sind Mastzellen; dieselben finden sich in allen Theilen der Cutis. S. weist besonders auf den Punkt hin, dass den Mastzellen keine phagocytären Eigenschaften zukommen, dass ihre Anwesenheit in keiner Weise auf die Anwesenheit von Mikroben deutet. Ihre Anwesenheit deutet, nach Westphal lediglich auf das Bestehen localer nutritiver Störungen hin. Es handelt sich also bei der Pelade um eine specifische, auf die peladische Stelle localisirte, aber auch die ganze Ausdehnung derselben diffus betreffende nutritive Störung. Daraus wird die vorher ausgesprochene Annahme bewiesen, dass im Gegensatz zu den „Teignes" die Pelade keine Haarerkrankung, sondern eine Erkrankung des Teguments der behaarten Theile ist. Weiter ist festzuhalten, dass man die Mastzellen in grösster Masse findet zu einer Zeit, wo die Enthaarung schon einige Zeit besteht. An weiteren Zellen findet man mononucleäre Leukocyten; alle Gefässe des Teguments, seien sie perifolliculär oder nicht, sind gleichmässig eingescheidet in eine Schicht von Mastzellen und mononucleären Leukocyten; jedoch ist die Infiltration ausgesprochener in den tieferen Schichten, weniger ausgesprochen in dem sub Malpighi'schen (?! Red.) und papillaren Gefässnetz. Diese Thatsache ist bemerkenswerth besonders wegen des Fehlens der polynucleären Leukocyten, die in der Umgebung von Mikrobenherden niemals fehlen und weil die Vertheilung der Zellen eine so absolut gleichmässige ist. Sabouraud betont, dass ähnliche Bilder sich bei Brom- und Jodintoxicationen finden, dass demgemäss auch der Befund bei der





Pelade auf eine chemische Wirkung hindeutet. So viel steht fest, dass in dieser Periode, ausser auf der Haut und in der Follikelmündung, sich in tieferen Schichten absolut keine irgendwie nachweisbaren Mikroben finden lassen. — Die folgenden anatomisch-physiologischen Auseinandersetzungen S.'s müssen im Original eingesehen werden. S. kommt zu folgenden Schlüssen: Das ganze Bild der Pelade im Stadium der vollendeten Kahlheit lässt sich so definiren: 1. keine der histologischen Veränderungen spricht irgendwie für eine gegenwärtig bestehende Mikrobenaffection; im Gegentheil 2. deuten alle Befunde auf das Fehlen eines solchen hin. 3. Alle Befunde bezeugen übereinstimmend, dass es sich um eine tiefe locale Intoxication handelt; und zwar 4. um eine Intoxication, deren Ursache in der Vergangenheit liegt.

Im 3. und 4. Memoire gibt S. dann die Untersuchung der allerfrühesten Perioden und die Beschreibung eines regelmässig gefundenen Bacillus. Zunächst constatirt er die höchst wichtige Thatsache, dass im oberen Drittel zwischen der Einmündung der Talgdrüse und der Follikelmündung auf der Haut, eine gleichmässige, ampullenartige Dilatation besteht, von ungefähr $^3/_{10}$ Millimeter Breite, bei $^1/_2$ Millimeter Höhe. Untersucht man eine noch mit brüchigen Haaren besetzte Pelade-Plaque zu Beginn, so findet man, dass alle Follikel diese Ampulle haben, welche S. als „Utricule" und als pathognomisch bezeichnet. Diese Utricules sind vollgestopft mit einem feinen Bacillus. — Es ist unmöglich auf die Details der Untersuchungen weiter im Referat einzugehen. S. kommt in Bezug auf den Mikroben zu folgenden Conclusionen:

1. Nur das Anfangsstadium der Pelade zeigt Mikroben.

2. Soweit die kahle Stelle gebildet ist, kann man nirgend den Pilz finden, weder im Haar, noch im Follikel, noch im Gewebe, noch auf der Haut.

3. Dagegen sind im Anfangstadium, wenn der Haarausfall beginnt, alle Follikel mit unzähligen Mikrobencolonien inficirt, die überall dieselben und stets in Reincultur vorhanden sind. Diese Mikrobeninfection geht allen histologischen Veränderungen voraus; sie macht auch alle späteren histologischen Veränderungen verständlich, denn dieselben sind sämmtlich nicht als Folgen einer directen Mikrobeneinwirkung aufzufassen, sondern als durch Fernwirkung von Toxinen hervorgerufene einfache Läsionen.

4. In den benignen Peladen ist die Follikelinfection vorübergehend; in der chronischen oder mit vollständiger Alopecie einhergehenden Fällen, in denen die unbegrenzte Dauer auf die gleichzeitige Dauer der krankmachenden Ursache hinweist, findet man mit gleicher Localisation stets denselben Bacillus, meist in ausserordentlicher Menge.

5. Da dieser Bacillus sich stets, in allen Fällen, findet, wo die histologischen Befunde auf den Beginn oder ein Fortbestehen der Erkrankung hinweisen, so muss er andere Rolle spielen, als eine beliebige, zufällige secundäre Infection.



6. Der Mikro-Bacillus des Utricule kann, trotz gewisser Formverschiedenheiten, nicht absolut von dem Mikroben differencirt werden, den **Hodara** als Acne-Bacillus beschrieben hat.

Der **Hodara**'sche Acne-Bacillus ist aber nicht der Acne-Bacillus, denn man findet ihn nicht nur im Comedo, sondern auch in allen Formen der Seborrhoea sebacea oleosa, bei denen der Befund des Bacillus nur auf einen Zufall, auf eine locale Symbiose hinzudeuten scheint. Letztere Affection ist sehr häufig: Obwohl der Mikrobacillus des „Utricule peladique" sich massenhaft auf den in Ausbreitung begriffenen Plaques findet, auch ohne jede ölige Seborrhoe, so müssen doch noch entscheidende experimentelle Beweise beigebracht werden, ehe man sich über die pathogene Bedeutung des Mikrobacillus aussprechen kann.

7. Entweder dieser Mikrobacillus und der Hodara'sche Comedo-Mikrobe sind identisch. Dann muss man nachweisen, weshalb im Beginn jeder Pelade diese Secundärinfection sich findet, und welche Rolle sie spielt.

8. Oder es handelt sich um zwei verschiedene Pilze. Dann muss man sie experimentell differenciren. Da die Utricule peladique das Anfangssymptom jeder Pelade ist, so muss die Rolle als Erreger der Pelade für den in der Utricule gefundenen Bacillus erst erbracht werden.

9. Oder vielleicht sondert dieser Bacillus, je nach den verschiedenen Existenzbedingungen, ein peladogenes Toxin ab oder nicht. Dann muss man dieses Toxin isoliren.

10. Welche Hypothese man auch aufstellt, das Studium dieser Mikrobenart ist nothwendig. Sei er nun specifisch oder nicht, jedenfalls findet er sich stets und allein an den bestimmten Punkten und gerade zu der Zeit, zu der Klinik und Histologie die Entwicklung der Krankheit beweisen.

E. von Düring (Constantinopel).

Parasiten und parasitäre Affectionen.

Haan. Tricophytie transmise à l'homme. Tribune médicale, 22. Juli 1896. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 442.

Haan berichtet über 3 Fälle von Uebertragung von Herpes tonsurans von Kühen auf Menschen. In dem ersten Fall handelte es sich um einen Kuhhirten, in dem zweiten um eine Pächterin, welche beide an der rechten Hand inficirt wurden. Letztere inficirte noch ihre kleine Tochter, die sie täglich anzog, am Kinn.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Warminski. Un mot sur le favus à l'occasion d'un cas rare de cette affection. Nowiny Lekarskie 1894, Nr. 12. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 111.

Der seit 15 Jahren an Favus des Kopfes leidende Patient Warminski's hat vor 2 Jahren Lues acquirirt und zeigt seit einem halben Jahre einen Favus der unteren Extremitäten. Aus der langen Dauer, die



zwischen dem Befallensein des Kopfes und dem Auftreten auf den Extremitäten verging, aus der vor 2 Jahren überstandenen Lues, aus einzelnen braunpigmentirten, nicht schuppenden, keine Pilze enthaltenden Stellen an den Beinen schliesst W. auf einen Zusammenhang der Lues mit dem Favus der Extremitäten derart, dass die Favuspilze sich auf einen dort localisirten Exanthem angesiedelt haben. Er hält diese braunpigmentirten Stellen für Reste dieses Exanthem, umso mehr, als sie nach antiluetischer Cur fast unsichtbar wurden, während eine antibacterielle Cur sie vorher nicht verändert hatte. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Will, Theophil. Ueber Favusbehandlung. Inaug. - Diss. Strassburg 1895.

Will kommt nach einer Uebersicht über die in der Literatur niedergelegten Methoden der Favusbehandlung zu dem Schlusse, dass alle Behandlungsarten längere Zeit mit Consequenz fortgesetzt werden müssen, wenn das Wiederkeimen der Pilzelemente in der Haut und den Haaren verhindert werden soll. Er empfiehlt das Wolff'sche Verfahren aus der Strassburger dermatol. Klinik. Erweichen der Favusmassen mittels Kataplasmen und Kautschukhaube oder Guttapercha und Entfernung der erweichten Massen mittels Spatel, Schmierseife oder Spirit. saponat. Dann energische Einreibung von 10% Chrysarobin in kleinen Mengen. Bei Reizzuständen Aussetzen und Sublimatsalbe (1‰).

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Porak. Observation d'une lésion parasitaire non décrite de la langue chez le nouveau-né. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 20.

Porak berichtet über eine merkwürdige parasitäre Zungenaffection bei einem Neugeborenen. Auf der Zunge des 4 Tage alten Kindes zeigten sich plötzlich circa 10 weissliche, erhabene unregelmässig ovaläre Flecke, die sich schwer abkratzen liessen, aber nach ihrer Entfernung nicht mehr auftraten. Das Zungenepithel war unter ihnen unversehrt. Die mikroskopische und culturelle Untersuchung ergab eine Art seltenen Hefepilzes.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Gémy et **Vincent** (H.). Sur un nouveau cas de „Pied de Madura". Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII. Nr. 11. novembre 1896, p. 1253.

Gémy und Vincent haben in einem Fall von Madurafuss einen Pilz nachgewiesen, von 1—1·5 μ Breite, mit langem, starkverzweigtem Mycel. Cultur in Peptonbouillon ungünstig, gedeiht besser in Heu- oder Strohaufguss. Auf Kartoffeln gedeiht der Pilz gut und gibt nach einem Monat eine rosa oder hochrothe Cultur, die langsam tiefroth werden und metallischen Glanz zeigen kann. In Heu- oder Kartoffelinfus bildet er kleine, zu Boden sinkende Kugeln; einige bleiben an der Wandung der Reagenzgläschen haften, nahe an der Oberfläche; im Contact mit der Luft färben sich diese Kügelchen rosa oder roth. Die Entwicklung ist in allen Medien eine langsame; sie beginnt erst am 6.—12. Tage. Die weissgelblichen Körnchen, welche mit dem Fisteleiter entleert werden, bestehen



durchaus aus Mycelien. Der Parasit des Madurafusses ist durchaus verschieden von dem Pilz der Aktinomykose. Es ist pyogen. Wichtig ist die Bestätigung der von Béranger-Féraud geäusserten Ansicht, dass der Madurafuss auf dem ganzen orientalischen Continente, vom atlantischen Ocean bis zum Rothen Meer und bis zur Ostküste heimisch ist.

E. von Düring (Constantinopel).

Perrin, L. (De Marseille.) Des névrodermies parasitophobiques. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII. 1896. Nr. 2, p. 129.

Perrin theilt drei Fälle mit von entschieden auf tiefer liegender Degeneration beruhender „Parasitophobie"; alle drei Kranken glaubten Läuse zu haben, hatten subjectiv alle Symptome, die das Vorhandensein dieses Ungeziefers begleiten, ohne dass objectiv der geringste Grund vorlag. Ref. meint, dass derartige Fälle in den Irrenhäusern wohl recht häufig sind. Es lohnt nicht der Mühe, auf die etwas weitschweifigen theoretischen Erörterungen des Verf. über die Névrodermies parasitophobiques primaires et secondaires hier einzugehen.

E. von Düring (Constantinopel).

Sabouraud. Ueber die Seltenheit des Microsporon-Audouini in Italien. Soc. de derm. et de syph. Annal. 1895, pag. 400.

Bisher sind die Angaben Sabouraud's über das Vorkommen und die Eigenschaften des Microsporon Audonini von anderen Forschern, namentlich den Italienern Marrianelli und Mibelli in Zweifel gezogen worden. Auf die durch Sabouraud erfolgte Zusendung von erkrankten Haaren hat nun Mibelli an Sabouraud einen Bericht geschickt, der im wesentlichen die Angaben Sabouraud's bestätigt. Mibelli findet, dass die Haare bei Microsporon Audonini viel widerstandsfähiger gegenüber Kalilauge sind als die Haare von Trichophytie. Sie sind eingescheidet, nicht durchwachsen von den Sporen. Letztere sind bedeutend kleiner als die des Trichophyton. Auch die Culturen unterscheiden sich von allen jenen, die von Kopf-, Barthaaren und Nägeln trichophytisch Erkrankter angelegt worden waren. Auf Grund dieser Befunde glaubt Mibelli, dass er bisher nie einen Fall dieser beim Menschen vorkommenden Mycose gesehen habe. Winternitz (Prag).

Rossi, Giovanni. Della tricofitiasi (Erpete tonsurante) e sue varietà. Osservazioni cliniche ed anatomiche. Il Morgagni XXXVII. I. Nr. 7.

Rossi beschreibt nach einer sehr unvollständigen Uebersicht über die historische Entwicklung der Lehre vom Herpes tonsurans die bekannten verschiedenen Formen dieser Erkrankung, ohne dabei etwas neues zu bringen. In den Schlüssen, die er zu Ende der ziemlich langen Arbeit bringt, behauptet er, dass der Pilz die Epidermis nicht nur in allen ihren Schichten durchdringen, sondern dass er auch die Drüsen der Haut, das Bindegewebe, das Derma und selbst andere tiefere Theile befallen könne. (!Ref.) Theodor Spietschka (Prag).



Pellizzari, Celso. Del polimorfismo tricofitico ed in particolare di una forma clinica non descritta. — Lo sperimentale XLIX. Nr. 14, p. 266.

Pellizzari stellte in einer klinischen Vorlesung mehrere Fälle von Herpes tonsurans vor; dieselben betrafen eine Mutter mit 3 Töchtern und eine Cousine derselben. Die Mutter, zwei Töchter und die Cousine zeigten die Erkrankung einestheils in der Form des Kerion, anderentheiles glichen die Erkrankungsherde vollkommen einem chronischen schuppenden Eczeme; letztere Form war nur an Stamm und Extremitäten vorhanden, so dass die Stellung der Diagnose grosse Schwierigkeiten bereitete. Ganz abnormale Charaktere jedoch zeigte die Erkrankung bei der dritten Tochter, welche später als die übrigen zur Klinik kam, so dass man anfangs von den verwandtschaftlichen Verhältnissen nichts wusste. Hier glichen die Efflorescenzen vollkommen denen eines Lichen scrophulosorum, so dass P., bevor er den Zusammenhang mit den übrigen Familienmitgliedern erkannt hatte, an alles andere eher als an einen Herpes ton. gedacht hatte. Hier bot die Diagnose unendliche Schwierigkeiten. Der Allgemeinzustand der Patientin liess einen Lichen scroph. ausschliessen; desgleichen konnte Syphilis ausgeschlossen werden. An eine durch gewöhnliche Eitercoccen hervorgerufene Erkrankung konnte gleichfalls nicht gedacht werden. Erst nachdem der genannte Zusammenhang erkannt worden war, wurde auch bei diesem Mädchen nach wiederholtem Suchen der Hyphomycet in den Krankheitsproducten gefunden. Diese kleine Hausepidemie von H. t. bot also nicht nur sehr schwer zu diagnosticirende Formen, sondern auch ein bisher noch ganz unbekanntes Krankheitsbild desselben. Theodor Spietschka (Prag).



Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Dr. **Schäffer** in Breslau.)

Gonorrhoe und deren Complicationen.

Abramovicht. Traitement de la blenorrhagie par des médicaments internes, l'extrait fluide de Kawa-Kawa en particulier (Piper methysticum poivrier des iles de la mer du Sud). — Ref. in La Médecine moderne. 1896. Nr. 33.

Abramovicht fand das Fluidextract Kawa-Kawa (von dem Pfefferbaum auf den Südseeinseln) in einigen Fällen wirksam gegen Gonorrhoe in acutem und subacutem Stadium, in den meisten musste zu der internen Behandlung noch eine locale treten. Definitive Heilungen — lediglich durch die innere Medication — sind selten. Kawa-Kawa leistet ebensoviel wie die anderen Balsamica, ohne irgend welche unangenehme Nebenerscheinungen zu machen (selbst bei 3mal täglich 40 gtt.). Es wird durch die Nieren ausgeschieden. Pinner (Breslau).

Achard. Radiographie des arthrites déformantes blennorrhagiques. Soc. méd. des hôpitaux Séanc. du 10 juillet. Ref. in La France méd. Nr. 29. 1896.

An der Hand von Photographien, die vermittelst Röntgenstrahlen von dem Fusse eines an Arthritis blennorrhagica leidenden Patienten hergestellt worden waren, versucht Achard nachzuweisen, dass im Verlaufe blennorrhagisch arthritischer Affectionen auch das Periost und der Knochen der Umgebung in Mitleidenschaft gezogen werden können, die dann durch Bildung von Osteophyten auf den chronischen Reiz reagiren.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Appert. Diagnosi e cura delle metriti blenorragiche. La semaine gynécologique. Mars 1896. Ref. in Il Morgagni. Nr. 45, 1896.

Appert bespricht das klinische Bild und die Diagnose der Cervicitis bezw. Metritis gonorrhoica acuta und chronica, ohne Neues zu bringen; die Nothwendigkeit, auf Gonococcen zu untersuchen, wird nicht erwähnt, dagegen betont A., dass der alte chronische Cervixkatarrh gonorrhoischer Natur mehr Tendenz hat zur Atrophie und Sclerosirung als zur Hypertrophie. Was die Therapie anlangt, so wird vor der Auskratzung des



Uterus gewarnt, wegen der Gefahr der Propagirung des Processes und der Möglichkeit der Entstehung von Gelenkmetastasen. Bei der acuten Cervixgonorrhoe werden Ruhe und Spulungen mit Hypermang. Kali (1:2000·0) empfohlen, nach Abklingen der acuten Erscheinungen: Pinselungen mit Methylenblau und Cervixausspülungen (!) mit schwachen Kal. hyp.-lösungen unter leichtem Druck. Bei der acuten Metritis gonorrhoica. absolute Ruhe und sehr vorsichtige antiseptische Scheidenausspülungen. Beim chronischen Cervixcatarrh. Vaginaltampons und Cervixbehandlung mit Kal. hyp. oder Argent. nitric. Bei chronischer Metritis gonorrhoica: Dilatation und Tamponade des Uterus mit Creosot-glycerin- oder Camphor-naphthol-Gaze. Schliesslich wird bei ganz veraltetem Cervixkatarrh die Excision der befallenen Schleimhaut nach Boully empfohlen.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Arnaud, Lucien. Les grands lavages de l'urèthre. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 344.

Arnaud empfiehlt in diesem Artikel die jetzt wohl Gemeingut aller Urologen gewordenen Janet'schen Spülungen mit Kalium permang. bei Gonorrhoen und gibt eine genaue Beschreibung ihrer Anwendung. Nur in der Anpreisung des abortiven Charakters derselben bei ganz frischen Gonorrhoen ist Verf. wohl etwas zu optimistisch. In dem Endstadium, wo nur Secretion ohne Gonococcen zu constatiren ist, wendet er an Stelle des Kalium permang. lieber Sublimat 1 : 20000 oder Resorcin an. Als Contraindicationen dieser Behandlungsmethode nennt er: 1. Epididymitis, Prostatitis und Funiculitis, 2. periurethrale Infiltrate und Abscesse und 3. alte Stricturen, die erst zu erweitern seien.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Baer. Beiträge zur Lehre von der weiblichen Rectalgonorrhoe. Arbeiten aus dem städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. M. Festschrift der 68. Naturforscherversammlung. Frankfurt a. M. 1896.

Baer fügt seiner bereits (D. M. W. 1896 Nr. 8) veröffentlichten Arbeit über die Rectalgonorrhoe der Weiber weitere Beobachtungen hinzu.

Er hat neuerdings weitere 129 venerische Patientinen untersucht und bei ihnen in 32·5% aller Gonorrhoischen und in 21·7% aller überhaupt Rectalgonorrhoe festgestellt. (Bei den 296 zuerst veröffentlichten stellten sich die Zahlen auf 35·1 und 22·6%.)

Die neu gewonnenen klinischen Erfahrungen decken sich so ziemlich mit den früheren: nur ist es Baer gelungen auch in Fällen, in denen der als charakteristisch geschilderte Eiterpfropf („la goutte" Jullien's) fehlte, durch Abkratzen der Rectalschleimhaut ein Secret mit typischen Gonococcen zu gewinnen. Im Folgenden behandelt B. das „Ulcus recti", welches er im Gegensatze zu Jullien nur als postgonorrhoischen Process auffasst. Es ist dies die bereits in der ersten Publication beschriebene Affection, welche der „fissure ulcéreuse" Jullien's entspricht, und ferner jene auf der Unterseite einer überhängenden Analfalte sich findenden Ulcera, denen Herxheimer den Namen „Verendaförmiges Ulcus" geben möchte (Condylome Jullien's). Bei 3 solcher Fälle, bei denen gleich-



zeitig Rectalgonorrhoe bestand, hat B. Excisionen gemacht und eine mikroskopische Untersuchung vorgenommen, ohne Gonococcen nachweisen zu können. Auf der Rectalschleimhaut selbst hat er immer nur oberflächliche, sich durch ihre dunklere Farbe von der hochrothen Farbe der Mastdarmschleimhaut sich deutlich abhebende, leicht blutende Erosionen beobachtet, deren Aetiologie wohl hauptsächlich in gestörten Circulationsverhältnissen zu suchen ist, nie primäre Ulcera.

Unter seinen 450 Fällen hat B. niemals das von Jullien angenommene „ulcère mixte blenno-chancrelleuse" oder „ulcera mixte blenno-syphilitique" beobachtet.

Ferner beschreibt B. noch einen Fall von Mastdarmfistel (Histologische Untersuchung mit positivem Gonococcenbefund), und einen paraanalen Gang (?) mit Gonococcen im Secrete, aber negativem Ergebnisse der histologischen Untersuchung.

Die Rectalstrictur ist offenbar sehr selten bei Rectalgonorrhoe, denn bei 450 rectal untersuchten Patientinen fand sich nur ein Fall. Bei letzterem — es handelte sich um eine Luetica mit Rectalgonorrhoe (coitus per anum in der Anamnese) — konnte zwar die Lues als ätiologisches Moment durch die Therapie ausgeschlossen werden, jedoch lag der Fall bezüglich der positiven Seite auch nicht ganz klar, da eine Excision nicht vorgenommen werden konnte.

Bezüglich der Therapie unterscheidet Baer zwischen:

1. unkomplicirter } Rectalgonorrhoe.
2. complicirter (Fissuren, Ulcera) } Rectalgonorrhoe.

ad 1. Intensive mechanische Rectalbehandlung mit Speculum (gut vertragen). Auswischen mit 2—5% Argent. nitricum oder Argentaminlösung. Darauf reichliche Ausspülungen mit erwärmten Flüssigkeiten (Argent. nitr. und Argentamin 1 : 4000—2000, Argonin 7·5 : 3000 - 2000; Kali hyp. 1 : 5000—3000).

ad 2) Möglichst seltene Speculumeinführung. Vor allem Behandlung des Rectaleinganges mit möglichst milden Mitteln (Jodoform, Aethylendiamincresol 1 : 5000—1000, Argent. nitr. Salbe 1% und Traumatol).

Eventuell Excision der Ulcera in Narkose daneben Rectalbehandlung ohne Speculum mit grossen (Ohren)Spritzen.

Paul Oppler (Breslau).

Beckett, James. Report of a case illustrating the dangers of forcible and rapid dilatation in the treatment of Urethral Stricture. Medical News. July 25., 1896.

In Beckett's Fall handelt es sich um die Folgen einer in der Narcose vorgenommenen rapiden Stricturdilatation (von filiformer Bougie bis Stahlsonde Nr. 18 englisch in einer Sitzung). Nach 5 Tagen Blasentenesmus, tropfenweises Urinieren, Schmerzen und Auftreibung des Leibes. 14 Cm. hinter dem Orificium externum urethrae unpassirbare Strictur. Unter Schüttelfrost und nächtlichen Delirien dauerte der Zustand einige Tage unverändert an, bis sich 4 Cm. unter dem Nabel ein fluctuirender Tumor bildete. Eine Incision wurde gemacht; aus der Wunde kam reich-



lich Urin, danach stinkender Eiter und nekrotische Gewebsfetzen. Von da an hatte Patient Ruhe. Nachdem er sich etwas erholt hatte, wurde vom Perineum her die Urethra eröffnet und nach einiger Mühe mit dem Katheter die Blase erreicht. Allmälige Heilung.

Verf. führt die Erkrankung auf die rapide Dilatation zurück, bei der die Sonde entweder unmittelbar durch Zerreissung der vorderen Urethralwand die Urininfiltration des abdominalen Zellgewebes erzeugte oder wenigstens den Reiz verursachte, welcher Eiterung und Perforation nebst Urinaustritt herbeiführte. Pinkus (Breslau).

Bender. Das Argonin (Argentum Casein) ein neues Antigonorrhoicum. Aerztlicher Praktiker. 1896, Nr. 1.

Bender empfiehlt das von Jadassohn in die Praxis eingeführte Argonin für die Gonorrhoebehandlung, da auch seine Resultate (bei 54 Patienten) sehr befriedigende waren. Pinner (Breslau).

Bennati, Angelo. Considerazioni sopra un caso di blenorragia da contagio estra genitale. Accademia Medico-Chirurgica. Seduta di 23 ottobre 1896. Ref. in Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 137, 1896.

Bennati erzählt von einem Patienten, bei dem wenige Tage nach einem Coitus per os mit einer Puella publica ein mikroskopisch bestätigter Harnröhrentripper auftrat; bei der Untersuchung der Mundhöhle der betreffenden Prostituirten konnte eine Blennorrhöa oralis nicht nachgewiesen werden, doch wurde eruirt, dass das Mädchen ganz kurz vor dem Verkehr mit dem Patienten Bennati's mit einer anderen Person ebenfalls per os coitirt hatte, so dass die Mundhöhle der Dirne als der Ort betrachtet werden musste, wo der erste Besucher infectiöses Material deponirte, mit welchem der zweite Besucher sich ansteckte. — Im Anschluss hieran bespricht B. die Folgen der Gonorrhoe beim Manne und der Frau und betont, dass auch durch diese Krankheit ein schädigender Einfluss auf die Nachkommenschaft ausgeübt werden könne; und zwar namentlich in Folge chemischer und dynamischer Läsionen der Prostata, der Testes, des Uterus und der Ovarien, die im Verlaufe einer chronischen Gonorrhoe sich geltend machen können. Von diesem Gesichtspunkte aus stellt B. den Tripper in Analogie mit der Lues, und spricht von parablennorrhagischen Affectionen im Vergleiche zu den parasyphilitischen Affectionen Fournier's. Ferdinand Epstein (Breslau).

Bocci. Argentamin in der Augenpraxis. Ref. Centralblatt f. Augenheilkunde. 1896, April.

Bocci hat mit gutem Erfolge Argentamin-Lösungen von $^1/_{2000}$ bis $^1/_{3000}$ bei Blennorrhoen und bei acutem Conjunctivalkatarrh solche von $^1/_2$° verwendet.

Boyd. Septicemia Following Gonorrhoea. The Boston Medical and Surgical Journal. 1896, Nr. 9.

Boyd berichtet über einen Fall von Gonorrhoe bei einem 18jährigen Menschen, welche alsbald die Gelenke ergriff und zu Fiebersteigerungen führte. Im weiteren Verlauf traten häufig Schüttelfröste und Temperatur-

exacerbationen auf, welche durch Chinin nicht zu beeinflussen waren. Nach wenigen Wochen erfolgte der Tod. Ausfluss bestand in den letzten drei Wochen vor dem Exitus nicht mehr.

Sectionsbefund gibt nichts Wesentliches. Mikroskopisch wurde nie auf Gonococcen untersucht, da hievon nichts erwähnt wird, auch fanden scheinbar die Genitalorgane bei der Section keine genügende Beachtung.

Verf. deutet den Fall als Septicaemie. Pinner.

Burr, H. Albert. Gonorrhea in the puerperium. The Journ. of the american medical association. August 1th. 1896.

Burr schuldigt die Gonorrhoe an, in einer Anzahl von Fällen die Ursache schwerer puerperaler Erkrankung zu sein. Er gibt 6 Fälle, von denen 3 rapid tödtlich verliefen, und in denen (bis auf einen) der Nachweis gonorrhoischer Erkrankung der Frau vor der Entbindung geführt ist (in den 3 mit Genesung endenden Fällen Gonococcennachweis aus Cervix und dem blennorrhoisch inficirten Auge des Kindes). Beigefügt sind einige charakteristische Photogramme von Gonococcen in Eiterkörperchen, welche von diesen Fällen stammen. Verf. ersehnt eine gesetzliche Einrichtung, die nur denjenigen Personen zu heiraten gestattet, welche ein ärztliches Zeugniss über ihr Freisein von ansteckenden und vererbbaren Krankheiten beibringen. Pinkus (Breslau).

Bykhovski. Céphalée et affections génitales chez la femme. Société médicale de Kief. ref. in Gazette hebdomadaire de médécine et de chirurgie 1896 Nr. 79.

Bykhovski stellt, auf 3 eigene Beobachtungen gestützt, die Behauptung auf, dass der hartnäckige, jeder Behandlung spottende Kopfschmerz bei Frauen sehr häufig auf gleichzeitig bestehende Genitalaffection zu beziehen und durch Behandlung der letzteren zu heilen sei. In der Discussion hebt Wosskrescensky hervor, dass besonders häufig Kopfschmerz vorkommt bei Frauen, die an Salpingitis leiden.

Doyé (Breslau).

Calderini. La gonorrea in relazione colla ginecologia e colla ostetricia secondo i piu recenti studi. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 9 maggio 1896.

Nach einer weitausholenden Einleitung bespricht Calderini detaillirt die Aetiologie, Gelegenheitsursachen, Frequenz, Prophylaxe und Prognose der Gonorrhoe des Weibes und die Folgen dieser Erkrankung, ohne etwas Neues zu bringen. Therapeutisch verwendet er *a*) in der geburtshilflichen Praxis: während der Gravidität: Urethral- und Vaginalspülungen mit hypermangansaurer Kalilösung; intra partum: Sublimatspülungen; im Puerperium mit hohen Temperaturen: Spülungen mit reinem Wasser. *b*) in der gynäkologischen Praxis: Urethral- und Vesicalspülungen mit hypermangansaurer Kalilösung; Vaginal-, Cervical- und Endouterinspülungen mit Wasser oder hypermangansaurem Kali; eventuell locale Aetzungen mit Argentum nitricum bezw. Chlorzink. Bei gonorrhoischen Adnexerkrankungen zunächst Ruhe, Opium, Eis, Umschläge, später Ichthyol, Jodtinctur, Jodkali. In veralteten Fällen und bei Verwachsungen

der Adnexe mit dem Peritoneum: im Nothfalle Exstirpation auf dem abdominalen Wege. Ferdinand Epstein (Breslau).

Callari. Sulla presenza di un bacillo non patogeno nella vagina di una donna affetta da vulvo-vaginite blenorragica. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche Nr. 101. 1896.

Callari fand in dem Eiter eines an Vulvo-vaginitis blennorrhoica erkrankten 15jährigen Mädchens, ausser zahlreichen Gonococcen, einen ihm bisher noch unbekannten Bacillus, den er nicht nur mikroskopisch und culturell, sondern auch durch das Thierexperiment auf seine Pathogenität untersuchte. Er gibt eine genaue Beschreibung dieses „Streptobacillus vaginae" und hebt hervor, dass er der Form nach dem Wurzelbacillus ähnelte, während die Lagerung (Kettenform etc.) an den Bacillus des malignen Oedems erinnere. Pathogen ist der Mikroorganismus nicht. Es handelt sich wahrscheinlich (Ref.) um einen Kettenbacillus, den man nicht so selten in den Präparaten anzutreffen pflegt, wenn man statt isolirtem Urethral- bezw. Cervicalsecret gleichzeitig etwas Vaginalschleim auf den Objectträger bringt. Ferdinand Epstein (Breslau).

Campbell, Highet. Névro-rétinite causée par la gonorrhoe. Annales d'oculistique. Januar 1896 Ref. La Médecine moderne. 7. Jahrgang Nr. 13, den 12. Februar 1896.

Der 30 Jahre alte Patient C. H's aquirirte 3 Wochen nach dem Auftreten einer Gonorrhoe, in deren Verlauf Inguinaldrüsenschwellung auftrat, eine typische einseitige Neuroretinitis. Da alle anderen ätiologischen Momente auszuschliessen waren, musste die Gonorrhoe als die Ursache angesehen werden. Paul Oppler (Breslau).

Mc. Cann, F. J. Gonorrhoeal Peritonitis. The british medical Journal, Nr. 1877, December 19, 1896.

Mc. Cann glaubt, dass es bei Eiterungen im Gefolge von gonorrhoischer Erkrankung im weiblichen Genitaltractus (Tube) und im Peritoneum stets um Mischinfection mit Eitererregern handelt. Den Beweis des Vorhandenseins von Gonococcen glaubt er durch die Cultur (auf erstarrtem Ovarialkysteninhalt) erbringen zu müssen.

Pinkus (Breslau).

Cassine. Trattamento della blennorragia acuta nell' uomo. Revue int. de méd. et de chir. gennaio 1896. ref in Il Morgagni. 9. Maggio 1896.

Nach einer kurzen Einleitung über den Tripper des Mannes, in welcher Cassine hervorhebt, dass die Gonorrhoe keineswegs eine so harmlose Erkrankung ist, wie viele Menschen glauben, bespricht er die Therapie, die er in die „alte" und „neue" scheidet. Unter der „neuen" Therapie versteht er Spülungen mit grossen Quantitäten hypermangansaurer Kalilösung (1 : 6000·0 — 2000·0); die Applicationsweise wird eingehend beschrieben, der Name Janet ist nicht erwähnt. Fast stets (?) tritt schnelle Heilung bei den subacuten Fällen ein. Wo nicht, so ist nach 12—15 Tagen das hypermangansaure Kali mit Argentum nitricum (1·0 : 1000·0) oder mit Sublimat (1·0 : 20000·0) zu vertauschen. Betreffs der



„alten" Therapie, die in die locale und innerliche getrennt wird, bringt C. nicht viel Neues. Bemerkenswerth ist nur die Behauptung, dass am Ende der ersten Woche einer Gonorrhoe stets die Pars posterior miterkrankt ist. Ausser zahlreichen anderen Injectionsflüssigkeiten (Ricord'sche Lösung etc.) empfiehlt C. das sogenannte „Dreisulfatgemisch" (Aqu. dest. 400·0 Zinc sulf. Ferr. sulf. und Cupr. sulf. aa 1·0. Mucil. g. arab. 20·0 M.). Den Schluss bildet die Aufzählung der Kriterien der Heilung, wobei der Hauptwerth auf den negativen Gonococcenbefund nach Instillation einer 1% Argentumlösung gelegt wird. Die Crippa'sche Methode ist nicht erwähnt. Ferdinand Epstein (Breslau).

Du Castel. Chancres du canal et blennorhagie. Revue générale de clinique et de thérapeutique. 9 févr. 1895. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895, p. 244.

Bei der Besprechung der Differentialdiagnose zwischen Urethralschankern und Gonorrhoe erwähnt du Castel den serösen Ausfluss, die Induration der Glans und der Urethra bei Sclerosen, den reichlicheren, öfters blutigen, öfters chocoladenbraunen Ausfluss, das häufige Perforirtwerden der Urethra bei Ulcera mollia. Zum Schluss erwähnt Verf. die häufig nach Urethralschankern zurückbleibenden Stricturen. Als Therapie bei Ulcera mollia gibt er Aetzungen mit 10% Carbolsäure und Einblasen von Jodoform oder Salol an. (Warum erwähnt Verf. nicht das sicherste Unterscheidungsmerkmal zwischen Gonorrhoe und Urethralschankern, die Gonococcenuntersuchung?) Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Chaix. Traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme par les tiges d'ichthyol. Thèses de Paris 1895—96. Ref. in Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie 1896. Nr. 80.

Chaix empfiehlt warm die Behandlung mit Ichthyolstäbchen bei der Gonorrhoe der weiblichen Urethra, da hierdurch eine innige langandauernde Berührung des Mittels mit der ganzen erkrankten Schleimhaut möglich sei. Gleichzeitig rühmt er die schmerzstillende Eigenschaft des Medicaments im acuten Stadium der Gonorrhoe. Doyé (Breslau).

Charalambieff et son maître **Balzer.** Traitement de la cystite blennorrhagique chez l'homme. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie Nr. 72. 1896.

Bei der acuten Cystitis im Anschluss an die Gonorrhoe beim Mann empfehlen Charalambieff und sein Lehrer Balzer in erster Linie die interne Behandlung. Dieselbe besteht ausser in absoluter Bettruhe, Enthaltung aller Alkoholica, Kaffee's, Thee's und scharf gewürzter Speisen in strenger Milchdiät verbunden mit innerlichen Gaben von Alkalien (doppelkohlensaurem Natron, Borax) und Antisepticis (bes. Salicyl). Die Balsamica möchten die Verfasser für die Cystitiden im Anschluss an alte Gonorrhoen aufgehoben wissen. Symptomatisch thuen ferner gute Dienste (heisse) Leinbreiumschläge mit etwas Opium oder Bilsenkraut auf's Abdomen; ausserdem Suppositorien mit Narcoticis (Bilsenkraut, Belladonna, Opium, Kokain, Ichthyol u. s. w.). Auch Kälteapplicationen auf den Damm nützen oft. Bei ganz heftigen Fällen sogar Einführen von Eisstückchen



in's Rectum. Unter dieser Behandlung sieht man die meisten gonorrhoischen Cystitiden zurückgehen resp. heilen. Die locale Behandlung erscheint erst dann angebracht, wenn die Cystitis anfängt chronisch zu werden. Und zwar kommt dann zunächst in Betracht die mechanische Entfernung der stagnirenden Secrete durch Ausspülung mit abgekochtem Wasser. Will man zugleich auf die Schleimhaut direct einwirken, so nimmt man dafür 4% Borsäurelösung. Erst in letzter Reihe kommen Auswaschungen von Arg. nitric. 1/500·0, Ichthyol 0·5—1/100·0, Antipyrini 4/100·0, Creolin 10—15 Gr./250·0 und als allerletztes Refugium die Guyon'schen Instillationen von Arg. nitric. 1—5/100 oder Sublimat 1/5000·0.

Spiegelhauer (Breslau).

Chaumier, Edmond. La blennorrhagie chez le petit garçon; étude pathologique et médicolégale. Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles. 95 Nr. 28 u. 29. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1895, p. 688.

Der Artikel Chaumier's über die Gonorrhoe kleiner Knaben bringt nichts Neues; er betont, dass im Gegensatz zu der Vulvovaginitis der Mädchen, die häufiger durch Instrumente, Waschgeräth u. s. w., als auf geschlechtlichem Wege übertragen werde, die Gonorrhoe der Knaben stets durch Connex mit einem weiblichen, gonorrhoisch inficirten Wesen entstehe. Incubation, Verlauf, Complicationen und Therapie unterscheide sich in Nichts von der Gonorrhoe Erwachsener.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Chetwood. The Treatment of Follicular Abscess of the fossa Navicularis with Attendant Fistula. Medical News 1896, Nr. 21.

Chetwood theilt die Fälle von folliculärer Abscessbildung in der Fossa navicularis mit Entwickelung von Fistelgängen in 3 Gruppen: incomplete innere, incomplete äussere und complete Fistelgänge. Für alle diese Formen hält er die Spaltung der Urethra von innen nach aussen für nothwendig, unter gleichzeitiger Behandlung der Wundflächen mit starken Wasserstoffsuperoxydlösungen (25%). Pinner (Breslau).

Christian, H. M. Die Dauer der acuten Gonorrhoe. American Association of genito-urinary surgeons. Sitzung am 23. Juni 1896. Journal of cutan. and genito-urin. diseases. August 1896.

Nach Christian ist die Gonorrhoe eine langdauernde Erkrankung und ernster, als gemeinhin angenommen wird. In ⅔ aller uncomplicirten Fälle dauert die Heilung 6—10 Wochen; in einer kleineren Zahl von Fällen, in welchen nicht die ganze Urethra afficirt ist und sich die Erkrankung nur auf die Urethra anterior beschränkt, ist eine vollständige Heilung schon in 4 Wochen zu erwarten. Es ist wichtig, bevor man eine Gonorrhoe für geheilt erklärt, stets eine sorgfältige Untersuchung vorzunehmen. — White, Bryson und Judkins stimmen in der Discussion dem Vortrage bei. Ledermann (Berlin).

Cipriani. Mielite da infezione blennorragica. Rivista clinica e terapeutica. Marzo 1896, Nr. 3.



Im Anschluss an die Krankengeschichte eines 14jährigen Mädchens, welches im Verlaufe einer Gonorrhoe eine Myelitis bekam, die nach Beseitigung der Gonorrhoe in 6 Mon. heilte, bespricht Cipriani den gegenwärtigen Stand der infectiosen Myelitis und bringt eine Casuistik derjenigen Fälle, in denen eine Beziehung der Gonorrhoe zu Entzündungen entfernter Organe, speciell des Rückenmarkes, sei es durch echte Metastasen, sei es durch Toxinwirkung — angenommen wurde.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Cognetti de Martiis. Pazzia blennorragica. Annali di medicina navale fasc. I. 1896. ref. in Gazzetta degli ospedali e delle cliniche 29. Febraio 1896.

Cognetti berichtet von einem 21jährigen Matrosen, bei welchem gleich nach der Acquisition eines acuten Harnröhrentrippers eine Psychose auftrat, die im Wesentlichen den Charakter einer Manie zeigte. C. glaubt, dass die psychische Affection sicher durch die Gonorrhoe bedingt sei, ebenso denkt der Referent der Gazzetta, welcher diesen Fall in Parallele stellt mit den 12 von Venturi publicirten Fällen von Hebephrenia blennorrhagica. Ferdinand Epstein (Breslau).

Colombini. Reazione del pus blenorragico e la vita del gonococco. Giornale delle scienze mediche (cardarelli) 15 luglio 1896 ref. in Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 95. 1896. 9. agosto.

Colombini hat den Eiter von 235 männlichen Tripperkranken, bei welchen Gonococcen sicher nachgewiesen waren, auf seine Reaction untersucht und in 223 Fällen deutlich alkalische Reaction (im Gegensatz zu Martineau, Pajot und Castellan) gefunden, die übrigen 12 Fälle zeigten neutrale Reaction. Er tritt der schon mehrfach aufgeworfenen Frage wiederum näher, ob nicht der mehr oder minder saure Urin im Stande ist, bei seinem Durchströmen bezw. bei seinem Verweilen in der Harnröhre eine Art Gonococcendesinfection zu bewirken. Seine Befunde über das constante Alkalischbleiben des Harnröhrenlumens auch unmittelbar nach der Miction decken sich mit denen Jadassohn's, dessen diesbezügliche Arbeit („Die Reaction im Lumen der Harnröhre": dieses Archiv Bd. XXIV, Heft 3) noch nicht erwähnt ist. Auch C. kommt zu dem Schlusse, dass unsere Kenntnisse über die Harnröhrenlumenreaction und über die Lebensbedingungen der Gonococcen zur Zeit noch keinen Fingerzeig für die Beurtheilung des Verlaufes oder für die Behandlung der Gonorrhoe geben. Ferdinand Epstein (Breslau).

Combemale, M. F. Un cas de pyohémie blennorrhagique. Bullet méd. du Nord, 26. juin. La médecine moderne Nr. 54, 1896, 4 Julliet.

Combemale berichtet einen Fall von gonorrhoischer Pyaemie bei einem 35 J. alten Mann, im Anschluss an einen zwei Monate alten, vernachlässigten oder falsch behandelten Tripper, der mit polyarticulärem Rheumatismus und einer Nierenentzündung verbunden war. Unter den Erscheinungen einer purulenten Bronchitis und Parotitis trat der Tod ein. Section verweigert. Spiegelhauer (Breslau).



Comby. Hémorrhagies compliquant la vulvovaginite des petites filles. Société médicale des hôpitaux. Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie. 29. Octobre 1896.

Comby berichtet über 3 kleine Mädchen, die an Blutungen aus der Scheide litten und als mit Metrorrhagie (resp. Menstruatio praecox) behaftet in das Hospital gebracht wurden. Bei allen dreien bestand eine durch Gonococcen erzeugte Vulvovaginitis. Die Blutung kam aus leicht blutenden Granulationsknöpfen am Orificium externum urethrae.

Pinkus (Breslau).

Cosh, Mc. Peritonitis in the Male as a Complication of Gonorrhoea. Annales of Surgery 1895. Febr.

Mc. Cosh hat in einem Falle, nachdem Schmerzen bei der Defaecation vorangegangen waren, nach einer Bougirung Schmerzen im Darm, Dysurie, Schwellung der Samenstränge, Samenblasen und Prostata, Blutung und eitrigen Ausfluss aus der Urethra, Peritonitis eintreten sehen. Bei der Laparotomie wurden 3 Quart Eiter entleert, um die Prostata war ein förmlicher Eitersack vorhanden; 36 Stunden post operationem trat der Exitus ein. Von den 30 Fällen von Peritonitis gonorrhoica beim Manne, die Mc. Cosh in der Literatur gefunden hat, sind 9 zur Section gekommen.

Jadassohn (Breslau).

Cumston, C. G. Die Therapie der Gonorrhoe des Weibes. Med. St. Frauenarzt. März 1896. Ref. in Medico 1896, pag. 173.

Cumston empfiehlt bei Gonorrhoe des Weibes: 1. bei Infection der Urethra: Irrigationen der Urethra und der Blase mit Kal. permang.-lösung (1 : 1000—2000.0) pro die eine Irrigation mit 1 Liter; zur Nachbehandlung bei Fluor ohne Gonococcen Injectionen mit 1% Ichthyollösung. 2. bei Bartholinitis gonorrhoica: Injectionen von 1% hypermang. Kalilösung, in besonders hartnäckigen Fällen elektrolytische Zerstörung der Drüse. 3. bei Uteringonorrhoe im acuten Stadium: Ruhe und Mercurial-Belladonnasalbe auf den Leib; gleichzeitig Vaginalspülungen mit Sublimat (1 : 10.000). Zur Nachbehandlung: Auswischen des Uteruscavum mit 10% Ichthyollösung, eventuell Curettement.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Delbet. Cinq cas d'orchite blennorrhagique traités par les lavages au permanganate de potasse. Ann. gen.-ur. 1896, pag. 922.

Delbet hat zum Theil schon länger bestehende, zum Theil frische Gonorrhoe mit acuter Epididymitis den Janet'schen Permanganatspülungen unterzogen und glaubt nicht nur nicht geschadet zu haben, sondern sogar, abgesehen von dem Erfolge bei der Gonorrhoe, bei der Epididymitis genützt zu haben. Besserung machte sich nach der 3. oder 4. Spülung schon geltend. Auch bei älteren Nebenhodenentzündungen schwand das Infiltrat, so dass D. bei einem der von ihm behandelten Patienten mit doppelseitiger alter Epididymitis den späteren Spermatozoenbefund auf Rechnung der Behandlung zu setzen geneigt ist.

Barlow (München).

Dezanneau. Du rhumatisme blennorrhagique et de son traitement. Thèses de Paris 1895/96. Ref. in Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie 1896, Nr. 80.

Dezanneau empfiehlt bei dem gonorrhoischen Rheumatismus gleichzeitig eine Allgemeinbehandlung mit Balsamicis, interner Darreichung von salicylsaurem Natron und prolongirten urethralen Ausspülungen mit übermangansaurem Kali und eine Localbehandlung der befallenen Gelenke mit den allbekannten bewährten Mitteln. Bei der akuten Arthritis befürwortet der Autor besonders allgemein oder locale heisse Terpentinölbäder und will die Immobilisirung nur auf ein paar Tage der acutesten Erscheinungen beschränkt wissen, um eine Ankylose zu vermeiden, wie ihm dies auch in 110 Fällen gelungen ist. Einen chirurgischen Eingriff verwirft er. Doyé (Breslau).

Dominé. Étude critique sur les progrès réalisés dans le traitement de la blennorrhagie uréthrale chez l'homme. Thèses de Paris 1895/96. Ref. in Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie 1896, Nr. 80.

Dominé kommt am Schlusse seiner Arbeit zu dem Resultat, dass es keine specifische Behandlung der Gonorrhoe, kein specifisches Antisepticum gegen den Gonococcus gebe; alle angewandten Antiseptika seien wirksam, wofern sie nur auf den Gonococcus einwirken könnten. Er empfiehlt als bestes Mittel langandauernde Ausspülungen mit Antisepticis in dem klinischen Verlaufe entsprechenden Lösungen. Von der Urethroskopie verspricht er sich nur in chronischen Fällen Erfolg.

Während der Incubationszeit hält er die Abortivbehandlung für möglich. In der acuten Periode redet er der antiphlogistischen Methode als der besten das Wort. Als eigentliche heilende Behandlung empfiehlt er in der subacuten und chronischen Periode eine oder mehrere Serien von Massenausspülungen. Trotzdem blieben viele Fälle insofern unheilbar, als eine nicht gonorrhoische Secretion bestehen bleibe.

Doyé (Breslau).

Dunn, H. Percy. Remarks on gonorrhoeal iritis. The Brit. Med. Journ. 14. Decbr. 1895.

Dunn bemerkt, dass sich aus den Aussprüchen der verschiedensten Autoren die Thatsache entnehmen lässt, dass eine gonorrhoische Iritis niemals beobachtet wurde, ohne dass ihr Gelenkerscheinungen vorausgingen. Er beschreibt einen Fall gonorrhoischer Iritis, bei dem die Infection mit Gonorrhoe 12—15 Monate vor der Augenerkrankung erfolgt war, und der Monate lang an doppelseitiger Kniegelenkentzündung und Entzündung des Unterkiefergelenkes gelitten hatte.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Ehrmann, S. Beiträge zur Therapie der Urethralblennorrhoe und ihrer Complicationen. Zur Therapie der periurethralen Abscesse und der Prostatitis blennorrhagica. Wiener medic. Presse Nr. 48 und 49, 1895.





Ehrmann gibt zunächst kurz die nach seiner Erfahrung am häufigsten vorhandenen Ursachen für Periurethritis und Prostatis bei acuten Blennorrhoen an. Läsionen der Mucosa im Bulbus urethrae, Epithelrisse in der Fossa navicularis nach zu starken Injectionen nach Coitus haben oft die Einwanderung von Gonococcen oder anderen Mikroorganismen zur Folge. — Die Therapie der Periurethritis soll symptomatisch und auch direct gegen die pathogenen Organismen gerichtet sein; demnach Bromnatron gegen die schmerzhaften Erectionen. Ichthyol in Form von Cacaobutter suppositorien (0.02 Ichth. pro bacillo.) oder auch Irrigationen mit schwachen Ichthyol-Lösungen gegen die Eiterung. Bei drohendem Durchbruch der Abscesse durch die Haut Ichthyolpinselungen oder Salben und Incision mit nachherigem Ichthyolverband. E. zieht das Ichthyol hier deshalb dem Jodoform vor, weil ersteres leicht mit Ol. Eucalypti und Ol. Citronellae aus 2.5% auf Ichthyol berechnet geruchlos gemacht werden kann. — Bei parenchymatöser Prostatitis: Absolute Bettruhe, Mastdarmkühler, Ichthyolsuppositorien, die besser als Jodsuppositorien wirken und niemals zu Intoxicationen Veranlassung geben. — Bei eingetretener Suppuration Eröffnung vom Perinäum aus und zwar nach Ablösung der Mastdarmschleimhaut nach v. Ditter. Einfache Spaltung per rectum hält E. für lebensgefährlich. — Ref. hat 6 Fälle schwerer Prostataabscesse vom Mastdarme aus operirt, ohne jede Complication des Wundverlaufes, allerdings jedoch bei vorheriger Entleerung und Tamponirung des Rectums mit Jodoformgaze und völliger Ruhigstellung des Darmes durch die ersten 3—4 Tage. Ullmann (Wien).

Fressel, B. Endocarditis gonorrhoica; Inaugural.-Dissertation. Leipzig 1894.

Nach Aufzählung der aus der Literatur bekannten mehr oder minder sicheren Fällen von Endocarditis gonorrhoica, die z. Th. sehr ausführlich angeführt werden, berichtet Fressel über einen Fall eigener Beobachtung aus dem pathologischen Institut zu Leipzig. Es handelt sich um ein 26 J. altes Dienstmädchen, das moribund dem Krankenhause überliefert wurde. Die klinische Diagnose lautete: Oedema pulmonum, Rheumarthritis pedis acuta, die anatomische Hauptdiagnose: Endocarditis ulcerosa, Perforation des Aortensegels der Mitralis; Gonorrhoe. Die Diagnose „Gonorrhoe" gründete sich auf Röthung der Schleimhaut von Urethra und Vagina. Eine mikroskopische Untersuchung des eitrigen Secretes, das spärlich in der Harnblase enthalten war, reichlich die Vaginalschleimhaut bedeckte und das sich aus einer kirschgrossen Prominenz an der linken Seite der Vagina nahe dem Eingange entleerte, wurde nicht vorgenommen. Die Endocarditis war hauptsächlich auf die Aortenklappen localisirt. Mikroskopisch bestanden die ca. hanfkorngrossen weissen Auflagerungen aus Fibringerinnsel und Blutinseln. In Schnitten fanden sich in denselben bei Färbung mit wässriger Methylenblaulösung grosse Rasen von Diplococcen, „die den Neisser'schen sehr ähnlich waren". Die Semmelform war nicht deutlich ausgeprägt; sie lagen z. Th. innerhalb der Zellen, nach der Gram'schen Färbung waren sie nicht



sichtbar. Andere Bakterien fanden sich nicht; Züchtungsversuche wurden nicht vorgenommen. Dreysel (Leipzig).

Gigli. Un excellent moyen de faciliter l'introduction de la sonde uréthrale Gazette médicale de Strasbourg. Ref. in la médicine moderne Nr. 57. 15. Juillet 1896.

Gigli ist in drei Fällen, in welchen alle vorher gegangenen Katheterisirungsversuche vergeblich gewesen waren, durch ein Verfahren zum Ziel gekommen, welches sich dem Guyon's anlehnt. (Guyon: Erweiterung der Harnröhre vor der Katheterisirung durch unter Druck eingespritzte Flüssigkeit.) Gigli's Verfahren ist kurz Folgendes: Ein dünnes Glasrohr, auf welches der Schlauch eines, 1 M. hoch aufgehängten, mit warmem Salicylwasser gefüllten Irrigators gestülpt ist, wird in die Harnröhre eingeführt. Die Eichel wird fest an die Glasröhre angedrückt, damit die unter Druck einströmende Flüssigkeit nicht herauslaufen kann. Dann wird unterhalb der Glasröhre die Harnröhrensonde (Katheter?) eingeführt, welche dann leicht das Hinderniss, die Verengerung (Strictur? Hypertrophie der Prostata? oder nur Sphinkterkrampf?) überwinden soll in Folge der günstigen Einwirkung der Wärme und des Druckes der einströmenden Flüssigkeit. Spiegelhauer (Breslau).

Grandclément. Nécessité de reviser le traitement des ophthalmies du nouveau-né. Soc. des sciences médicales de Lyon. 20. II. 1895 La Province medicale. 1895. Nr. 8, p. 93.

Grandclément betont die Nothwendigkeit bei jeder Ophthalmie der Neugeborenen das Secret zu untersuchen, da es sehr viele Fälle ohne Gonococcen gibt. Diese heilen sehr gut durch häufige Waschungen mit antiseptischen aber nicht caustischen Flüssigkeiten; man soll Argentum nitricum und Sublimat hierbei geradezu vermeiden, da diese Mittel oft und mehrere Wochen hindurch angewendet, unheilbare Trübungen der Cornea hervorrufen. Auch die wirklichen Gonorrhoen in der Conjunctiva sind meist benigne, und heilen durch dieselbe längere Zeit angewendete Behandlungsmethode. Nur in besonders schweren Fällen muss man neben der antiseptischen nicht caustischen Behandlung auch Argent. nitricum in starker Lösung vorsichtig und nicht zu oft — anwenden. Als nicht ätzendes Antisepticum wird neben Borsäure und hypermangansaurem Kali (1 : 5000) besonders Argentum nitricum 1—2 : 1000 empfohlen.

Jadassohn (Bern).

Gravagna. Sull' isotonia del sangue nei blennorragici. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 90. 1896.

Gravagna hat an Tripperkranken im acuten Stadium und bald nach Beendigung der Krankheit Blutuntersuchungen angestellt [*a*) Isotoniebestimmungen nach Hamburger-Mosso, *b*) Blutkörperchenzählung (Färbung mit Toison) Malassoz'scher Apparat, *c*) Hämoglobinbestimmung nach Fleischl] und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Während der acuten Periode der Infection ist die mittlere und minimale (n. b. die maximale wurde nicht bestimmt) Resistenz vermindert, 2. während der Dauer der Krankheit sind die rothen



Blutkörperchen beträchtlich vermindert, die weissen vermehrt. 3. Am Schluss der Krankheit ist die mittlere Isotonie nur 1—2 Grad vermehrt, während die minimale Resistenz eine ziemlich deutliche Vermehrung zeigt. 4. Zu dieser Zeit erreichen die rothen Blutkörperchen nahezu die normale Zahl, ebenso wie die weissen. Ferdinand Epstein (Breslau).

Haenlein. Ueber Gonorrhoe der paraurethralen Gänge. I.-D. Bonn 1894.

Haenlein veröffentlicht ausser einer kurzen das ganze Gebiet der gonorrhoischen Erkrankungen umfassenden Uebersicht, die Krankengeschichte und den Befund eines Falles von gonorrhoisch erkranktem paraurethralen Gange.

Eine Excision ermöglichte die histologische Untersuchung desselben. Auffällig an dem Befunde ist, dass H. als Auskleidung des Ganges nur Pflasterepithel feststellen konnte, dessen Zellen allerdings in der Tiefe etwas länglich wurden.

Gonococcen fanden sich in den Schnitten (Unna'sche Methylenblaufärbung) in grosser Zahl frei im Lumen des Ganges, auf den Epithelien, in den Spalten zwischen denselben, sowie innerhalb der Epithelien.

Paul Oppler (Breslau).

Hawkins, A. New Urethroscope. Medical News. Vol. LXVIII, Nr. 21, d. 23. Mai 1896.

Hawkins hat sich ein Urethroskop nach dem Principe des Ophthalmoskopes construirt.

Es besteht aus einem Tubus (gleich dem des Klotz'schen Endoscopes), welcher an einem U-förmigen Gestelle befestigt ist; an dem gegenüberliegenden Schenkel dieses Gestelles ist durch ein Kugelgelenk verbunden ein central durchbohrter Reflector angebracht. Die Lichtquelle, ein kleines Glühlämpchen, befindet sich in der Mitte zwischen beiden am Ende des Handgriffes mit welchem das Instrument gehalten wird.

Das Instrument zeichnet sich durch geringes Gewicht aus, sowie durch die Möglichkeit die Lichtquelle vollkommen auszunützen, da sich das Auge in der optischen Axe des Objectes befindet. Endlich gewährt es weiten Spielraum für therapeutische Eingriffe.

Eine beigegebene Abbildung macht die Art der Anwendung verständlich. Mit passenden Speculis armirt ist dasselbe Instrument auch zur Untersuchung von Ohren und anderen Höhlen geeignet.

Paul Oppler (Breslau).

Hawkins. Death From Gonorrheal Rheumatism. Medical News Vol. LXVIII, Nr. 24. den 13. Juni 1896.

Hawkins 22 Jahre alter Patient kam zu ihm wegen einer acuten Gonorrhoe, entzog sich jedoch leichtsinniger Weise der regelrechten Behandlung und kam erst nach ca. 10 Tagen wieder mit der Klage über Schmerzen an verschiedenen Körpertheilen.

Den nächsten Tag wurde H. zu ihm gerufen und fand ihn delirirend und hoch fiebernd. Er klagte jetzt über Schmerzen in beiden Handgelenken, welche auch eine geringe Schwellung aufwiesen.

Am dritten Tage liessen die Delirien nach, die Gelenkschmerzen besserten sich etwas auf Jodkali, Morphium, Ichthyolsalbe, heisse Bäder etc., das Fieber hielt an. Der Urethralausfluss war seit dem ersten Fiebertage verschwunden. Am 9. Tage begann die Herzthätigkeit schlecht zu werden, leichtes Coma trat auf und unfreiwillige Mictionen und Defaecationen. Bewegungen des rechten Armes waren schmerzhaft; das Ellenbogengelenk dieser Seite war etwas geschwollen und schmerzempfindlich. An diesem Zustande änderte sich nichts, das Coma wurde tiefer, am 19. Tage erfolgte der Tod. (Leider fehlen die Angaben über einen eventuellen Sectionsbefund. Ref.) Paul Oppler (Breslau).

v. Hibler. Ueber das constante Vorkommen von Spaltpilzeinschlüssen in den Zellen bei Eiterungsprocessen des Menschen, nebst experimentellen Beiträgen zur Kenntniss und diagnostischen Bedeutung solcher Befunde. Centralblatt für Bakteriologie u. s. w. XIX. Bd., Nr. 2/3 und 4/5 d. 23. Januar 1896.

Behufs Feststellung der Umstände, unter denen sich Mikrobeneinschlüsse in Zellen finden und der Ausdehnung, in welcher sie sich finden, hat v. Hibler Untersuchungen angestellt an

1. Eiterungsprocessen beim Menschen (Osteomyelitis, Hautfurunkel, Abscesse, Drüseneiterung, eitrige Parotitis, Gonorrhoe des Mannes, Procmastoideuseiterung, Phlegmone, eitrige Meningitis, Thrombophlebitis).

2. experimentellen Impfungen mit 20 verschiedenen Reinculturen, von denen 10 aus obigen Fällen gezüchtet waren. Mit diesen wurden weisse Mäuse, Kaninchen, Meerschweinchen oder Hunde intraperitoneal geimpft und zwar *a*) mit lebensfrischen, *b*) durch Formalin abgetödteten Culturen.

In sämmtlichen Fällen der ersten und zweiten Gruppe wurden die betreffenden Spaltpilze in reichem Masse in Zellen eingeschlossen gefunden.

Hauptsächlich waren die betroffenen Zellen polynucleäre Leukocyten, in geringerer Zahl mononucleäre, im gonorrhoischen Eiter auch Epithelien, in dem einen Osteomyelitisfalle auch grosse Markzellen, und in den Thierversuchen bei Entnahme des Exsudates in vorgerückter Zeit nach der Infection auch stets Bauchfellepithelien. Stets war das Protoplasma, nie der Kern betroffen.

Es ist nicht angängig hier all' die Einzelbeobachtungen H's. zu referiren; sie sind im Originale, dessen Verständniss durch 2farbige Tafeln sehr erleichtert wird, nachzulesen. Zu folgenden Schlüssen gelangt H.: Es ist eine bei den verschiedensten Eiterungsprocessen zu constatirende Thatsache, dass die betreffenden Eitererreger in die Leukocyten aufgenommen werden.

Dieser Thatsache gegenüber muss von vornherein Befunden von Spaltpilzeinschlüssen in Zellen, der Werth eines bei der diagnostischen Bestimmung gewisser Spaltpilzarten entscheidenden Criteriums, abgesprochen werden.

Diese Auffassung ist auch bei den 2 Arten von Kokken berechtigt, bei deren Diagnose man bisher ein mehr oder minder grosses, ja ent-

scheidendes Gewicht auf ihr Vorkommen innerhalb der Zellen zu legen gewohnt war, nämlich dem Gonococcus (Neisser) und dem Diplococcus intracellularis (Weichselbaum).

Es seien nur kurz H's. Ergebnisse betreffend den Gonococcus angeführt.

a) Morphologie: H. hat sicher festgestellt, dass Staphylococcen sich innerhalb der Zellen vorwiegend in Form von paarigen und auch von höheren Verbänden finden, welche zum Verwechseln ähnlich sind den Bildern, wie sie für die Gonococcen als charakteristisch bezeichnet werden.

b) Tinctorielles Verhalten: Die Gram'sche Methode liefert bei Gonococcen, welche durch alle Cultureigenschaften sicher gestellt sind, unter gewissen Umständen ein wechselndes Ergebniss. Lässt man Ausstrichpräparate von frischem Trippereiter 10—20 Std. im Harn oder physiologischer Kochsalzlösung (behufs Feuchterhaltung) stehen, so fällt die Gram'sche Färbung ungleichmässig aus; es finden sich dann in- und extracellulär gefärbte und entfärbte Individuen neben einander. Andere Mikroorganismen verhalten sich aber ganz ähnlich. Als Grund hierfür sieht H. secundär nach dem Absterben eintretende Veränderungen an. Andrerseits wieder entfärben sich Staphylococcus aureus- Culturen, wenn sie von Culturen stammen, die schon längere Zeit auf künstlichem Nährboden (Zuckeragar) fortgeimpft und aufbewahrt waren, bei der Gram-schen Behandlung gleichzeitig oder wenig später, als die Gonococcen eines frischen Trippereiters.

c) Localisation: Die Localisation in der Zelle hat nach H's. Befunden durchaus keine für die Diagnose des Gonococcus specifisch zu verwerthende Bedeutung. Ebenso wie die bisher für die Gonococcen-Diagnose verwertheten rein morphologischen oder tinctoriellen Merkmale und ihr intracelluläres Vorkommen nicht Stich halten, so reicht auch ihre Vereinigung nicht aus. Die den Beschluss bildenden Ausführungen zur Frage der Phagocytose sind im Originale nachzulesen.

Paul Oppler (Breslau).

Hotaling. The Use of Permanganate of Zinc in the Treatment of Gonorrhea, with a Report of Fifty Cases. — Medical News Novbr. 7. 1896.

Hotaling ordinirt nach Ablauf der acut entzündlichen Urethritis (3 Wochen) Injectionen von Zinc-permanganat (0·1—0·3%) 4—5 Mal pro die. Er erzielte damit bei acuter Urethritis schnelle Heilung (9 Tage) und war auch bei der chronischen Entzündung der Urethra mit seinen Erfolgen zufrieden. Nur in wenigen complicirten Fällen versagte die Heilung. Pinner (Breslau).

Howald. Behandlung der Gonorrhoe mit Airol. Correspondenzblatt für schweizer Aerzte. Nr. 24, 1896.

Howald berichtet über die Resultate, welche in der Berner Hautklinik mit Airol bei Tripperkranken gemacht wurden. Die Form, in welcher das Airol angewendet wurde, war die von Legueu und Levy



angegebene Glycerinemulsion (Airol 2.0, Aqu. destill. 5.0, Glycerin 15.0); hievon wurde wöchentlich 2 Mal je 10 Ccm. eingespritzt. Von 20 acuten Gonorrhoen wurden 12 in kurzer Zeit (nach 3—5 Injectionen) ohne Secret und Fäden entlassen; 6 hatten bei der Entlassung noch Fäden ohne GC. im 1. Urin. Weniger günstig fielen die Resultate bei 11 Patienten mit chronischem Tripper aus, jedoch immer noch so, dass Howald „das Airol wegen seiner exquisit secretionsbehindernden Wirkung" zur Behandlung der Gonorrhoe warm empfiehlt. — Eine Controle auf Gonococcenfreiheit durch Provocation scheint in keinem Falle gemacht worden zu sein. (Ref.) Ferdinand Epstein (Breslau).

Jahn. Ueber die Complicationen der Gonorrhoe, insbesondere einen Fall von geheilter acuter eitriger, metastatischer Irido-Chorioiditis. (Inaug.-Diss. Berlin 1893.) Ref. nach Baumgartens Jahresbericht. IX. Jahrg., S. 92.

Ueber einen Fall von metastatischer gonorrhoischer Irido-Chorioiditis berichtet Jahn; es ist dies der 7., der überhaupt beobachtet ist. Es fand sich zwar in dem betreffenden Fall keine Arthritis gonorrhoica, nichts destoweniger glaubt der Autor das Zustandekommen einer gonorrhoischen Metastase erklären zu müssen durch das Vorhandensein einer wenn auch geringgradigen Endocarditis ulcerosa; nach Ansicht des Verfassers — natürlich handelt es sich nur um Vermuthungen — können beim Zustandekommen einer Metastase auch die von den Gonococcen gebildeten Ptomaine eine gewisse Bedeutung haben. Eine mikroskopische Untersuchung des Augeninhaltes bei Iridochorioiditis auf Gonococcen wurde leider noch in keinem der mitgetheilten Fälle vorgenommen. Nur wenn diese Bedingung erfüllt, lässt sich diese hochinteressante und wichtige Frage entscheiden. Joh. Fabry (Dortmund).

Janet. Il trattamento abortivo della blennorragia. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 136, 1896.

In der Association française d'urologie fand eine Discussion über „die Abortivbehandlung der Gonorrhoe" statt. An derselben nahmen theil: Janet, Noguès, Eraud, Guiard und Desnos. Die Discussion, deren Einzelheiten sich zur Wiedergabe in einem kurzen Referat nicht eignen, betraf im Wesentlichen die Frage der Berechtigung der Bezeichnung: „Abortivbehandlung" und die Definition dieses Ausdrucks; ferner: die Art der Ausführung dieser Therapie.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Jeanselme. Troubles trophiques dans la blennorrhagie. Presse médicale 28. December 1895. Ref. Gazette hebd. de Méd. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 18, d. 1. März 1896.

Der Fall Jeanselms bekam 1 Woche nach seiner gonorrhoischen Infection eine Polyarthritis; 3 Wochen später an den Füssen symmetrisch auftretend eine Eruption bestehend aus Hornbildungen verschiedener Grösse. Arzneiwirkung oder Lues waren auszuschliessen. J. nimmt die Gonorrhoe als Ursache an, und zwar glaubt er an trophische, von einer Rückenmarkerkrankung ausgehende Störungen. Paul Oppler (Breslau).



Iliinsky. Du traitement de la blennorrhagie par l'ichtyol et l'onguent mercuriel. Ref. La Semaine Médicale 16. Jahrg. Nr. 12, d. 4. März 1896.

Iliinsky behandelt acute Gonorrhoeen mit Injectionen einer 2—3% wässrigen Ichthyollösung, steigt eventuell bis zu einer 5 und 6% Lösung und erzielt bei gleichzeitiger Beobachtung hygienischer Vorschriften (Ruhe, Abstinenz in Baccho et Venere etc.) gewöhnlich innerhalb von 8--10 Wochen Heilung. Immer versagt diese Therapie, wenn complicatorisch Prostatitis vorhanden war. In diesen Fällen bewährt sich ausgezeichnet — Heilung manchmal schon in 14 Tagen — die tägliche Application von Suppositorien, welche 0.6 unguent. cinereum enthalten. Therapie der chronischen Gonorrhoe: 5—6 Tage hindurch Injectionen von Lanolin 10.0 auf Aqu. Destillat. 300,0, dann von 2% Ichthyollösung, ausserdem alle 2 Tage Blasenspülungen mit 2% Borsäurelösung. Genügt dies nicht, so führt I. alle 2 Tage ausserdem elastische Gummibougies ein, welche mit

Unguent. cin. dupl. 15·0
Lanolin
Vaselin aa 8·0

bestrichen sind, und 30—40 Minuten jedesmal liegen bleiben. Diese Behandlung soll zu einer rapiden Beschränkung des Ausflusses, allerdings mitunter auch zu Stomatitis führen. Bei Prostatitis ausserdem noch innerliche Jodkalidarreichung. Bei gonorrhoischen Stricturen Dilatation mit Metallsonden, die mit obiger Salbe bestrichen sind und für die Nacht dann Application von Urethralstäbchen folgender Zusammensetzung:

Ichthyol 0·5
Butyr. Cacao.
Olei Olivar.
Lanolin pur. aa qu. s. ut. f. bacilli VIII. 8 Cm. lang.

Paul Oppler (Breslau).

Jullien. Blennorrhagie ano-rectale. X. Congrès français de chirurgie. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 29. Octobre 1896.

Jullien hat 10 Fälle von Anal- und Mastdarmgonorrhoe beobachtet. Als Grund wurde in einer Anzahl die Infection durch Coitus per anum festgestellt, in den übrigen wurde das Herabrinnen des Vaginalsecrets angeschuldigt. Subjective Beschwerden fehlen fast vollkommen. Objectiv findet man Condylome von eigenthümlich charakteristischem Aussehen, Fissuren und gonococcenhaltigen Ausfluss. Einmal wurde das Entstehen eines Infiltrats in der Mastdarmmucosa beobachtet. Jullien weist auf die Möglichkeit hin, hier die Aetiologie der (bei Frauen häufigeren) Mastdarmstricturen zu finden. Die Behandlung ist fast machtlos, 5—6 monatliche Behandlung führte zu keinem Heilerfolg. Pinkus (Breslau).

Jullien. Note sur l'ulcération blennorrhagique. Société de Médecine. Sitzung v. 21. Mai 1896. Ref. La Médecine moderne. 7. Jahrgang. Nr 42, d. 23. Mai 1896.

Nach Jullien vermag der Gonococcus auf den Schleimhäuten, in deren Secret er sich findet, resp. über welche er hinwegfliesst, Ulcerationen zu setzen. Die Erosionen können schankriform aussehen und die Grösse eines 20 Centimesstück erreichen. Auf der Analschleimhaut können sie unter dem Bilde einer Fissur auftreten.

Solche Excoriationen und Fissuren zeigen keine Tendenz zur Heilung; man kann auf ihrer Oberfläche leicht den Gonococcus nachweisen.

Nach Leloir sind es richtige Pyodermitiden, durch den Urethraleiter verursacht.

Dass sich in ihnen ausserdem Ulcera mollia etabliren können ist selbstverständlich, ebenso auch luetische; wir können daher beide Mischformen finden. Paul Oppler (Breslau).

Rast. Ueber einen Fall von Stomatitis gonorrhoica eines Neugeborenen. Inaug.-Diss. Bonn 1894.

Rast bespricht im Anschluss an einen in der Bonner Frauenklinik beobachteten Fall von Stomatitis gonorrhoica eines Neugeborenen eingehend die Aetiologie, das klinische Bild, die Diagnose, Prognose und Therapie dieser Erkrankung und bringt die bisher über diese Krankheit publicirte Literatur. Ferdinand Epstein (Breslau).

Keersmaecker. Le rôle des glandes de Littre dans l'uréthrite chronique. Ann. gen.-ur. 1896, pag. 728.

Keersmaecker bringt eine allgemeine Besprechung über die Wichtigkeit der Diagnose besonders der chronischen Gonorrhoe. Er weist darauf hin, dass Ausfluss und Fadenbildung im Urin eine Zeit lang ganz fehlen können, ohne dass der Process deshalb erloschen sein müsse, da manchmal die erkrankten Drüsen zeitweise verschlossen seien, für ihn gibt sichere Diagnose in solchen Fällen nur das Endoscop und zwar unterscheidet er 2 Formen chronischer Drüsenerkrankung: eine solche, bei der der Drüsenausgang mit der Harnröhre communicirt und eine solche, bei der der Drüsenausführungsgang geschlossen ist, Heilung erfolgt am besten durch Dilatation, unterstützt durch Adstringentien und Caustica. Immer aber muss die Endoscopie die Richtschnur für die Diagnose und Therapie angeben. Barlow (München).

Kiefer, F. Zur Differentialdiagnose des Erregers der epidemischen Cerebrospinalmeningitis und der Gonorrhoe. (Berl. klin. Wochenschr. 1896 Nr. 28).

Ein Fall Fürbringer's, der gleichzeitig Cerebrospinalmeningitis und Gonorrhoe darbot, gab K. Gelegenheit, vergleichende Untersuchungen zwischen den Erregern dieser Krankheiten anzustellen.

Als wesentlichste histologische Unterscheidungsmerkmale sind festzuhalten die Variabilität der Grösse der Meningococcen und deren enorme Anzahl, zwei Eigenschaften, die den Gonococcen nicht in gleichem Masse zukommen. Dagegen können beide Coccenarten in den Kernen vorkommen und haben keine Kapseln, wie Jäger behauptet. Der Hof um den Meningococcus wird vielmehr von K. als schleimige Secretionsschicht der Stoffwechselproducte der Coccen angesehen.



Marcanter sind die Unterschiede in cultureller Beziehung. Der Meningococcus zeigt erhebliche Neigung zur Confluenz und wächst auf Glycerinagar.

Nach den Resultaten K's. wird man in zweifelhaften Fällen nicht umhin können, sich dieser letzteren Culturmethode zu bedienen, zumal die angegebenen histologischen Merkmale sich für die Differentialdiagnose voraussichtlich nicht immer verwerthen lassen.

K. Herxheimer (Frankfurt a. M.).

Kob, Johannes. Die Bedeutung des Gonococcennachweises für die gerichtliche Medicin. Inaugural-Diss. zur Erlangung der Doctorwürde am 5. Juni 1894 an der Friedrich-Wilhelm Universität zu Berlin.

Kob schildert in grossen Zügen, welchen Umschwung die Gonorrhoefrage seit Nöggerath: die latente Gonorrhoe des weiblichen Geschlechtes (1872) und seit Neisser: Entdeckung des Gonococcus (1879) erfahren; wie beiden Autoren mancherlei Anfechtung (Lawson-Twik. Diseases of Woman and abdominal Surgery 1889) zu Theil geworden; wie dann Wertheim, Bumm, Welander, Steinschneider und Andere mehr die Lösung der Frage gefördert, durch Nachweis der Gonococcen auch bei chronischer Gonorrhoe und durch Cultivirung derselben. Vor der Neisser'schen Entdeckung hatte man die Vulvo-vaginitis der kleinen Mädchen als eine Folge von Dyskrasie, Lues, Tuberculose u. s. w. aufgefasst; als man nun jetzt auch bei dieser Erkrankung Gonococcen fand, eröffnete sich für die forensische Medicin eine neue Perspective, besonders bei der Frage des Stuprum, der bekanntlicherweise noch oft in dem Wahn begangen wird: ein Tripper heile durch Berührung eines unschuldigen Mädchens. Der Verfasser berichtet nun einen ihm von Strassmann zur Verfügung gestellten Fall, in dem ein Arbeiter, der (unbewusster Weise) an chronischer Gonorrhoe litt, an einem 8jährigen Mädchen ein Sittlichkeitsverbrechen begangen hatte. Interessant ist in diesem Fall, dass die Uebertragung des Contagium durch die Finger des Mannes stattgefunden haben soll und dass schon vier Tage nach dem Verbrechen sich reichlicher Ausfluss gefunden, weswegen vom Gericht auch nur auf Sittlichkeitsverbrechen erkannt und für die Gonorrhoeerkrankung dem Attentäter nicht die Schuld gegeben wurde. Kob kommt dagegen mit Hinweis auf eine Beobachtung Casper's zu dem Schluss, dass sehr wohl die Vulvo-vaginitis des Kindes 4 Tage post Infectionem einen reichlichen Ausfluss zeigen könne, da beim Kind doch entschieden die Nährbodenverhältnisse u. s. w. andere sind als beim Erwachsenen.

Spiegelhauer (Breslau).

Kopytowski. De la fréquence des gonocoques et autres bactéries dans l'écoulement du col chez les prostituées déclarées saines. Kron. Lek. 1895, Nr. 3. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, pag. 115.

Kopytowski untersuchte 163 bei der Controle für gesund erklärte und keinerlei Anzeichen von Gonorrhoe habende Prostituirte auf

den Bakteriengehalt des Uterussecrets und fand bei 15 (also in 8%) Gonococcen und bei 68 (also in 41%) andere unbestimmte Bakterien.

Paul Neisser (Beuthen O. S.)

Kroum Kambrusseff. De l'arthrite blennorrhagique chez le Nouveau-né. Thèse Nancy 1895—1896.

Kambrusseff beweist, dass die gonorrhoische Arthritis beim Neugeborenen so häufig ist wie in der zweiten Kindheit; sie ist mono-, seltener oligo-articulär, betrifft (nach K.) fast immer das Knie, nie die kleinen Gelenke; sie dauert 15—20 Tage und involvirt sich vollständig. Die Prognose ist gut, die Therapie exspectativ. Die Arthritis wird durch den Gonococcus direct erzeugt. Jadassohn (Bern).

Laborde, Jean. Contribution à l'étude de la vulvo-vaginite des petites filles. Recherches personnelles de bactériologie clinique. Nr. 346 (Steinheil). (Thèse de la faculté de Paris.) Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Nr. 56. 12. Juillet 1896.

Ausser dem verschiedenen secundären (im Anschluss an andere Krankheiten) Vulvovaginitiden und der traumatischen (Stuprum) Vulvovaginitis gibt es noch zwei Arten von Vulvovaginitis:

1. eine von Laborde als einfache, katarrhalische Vulvovaginitis bezeichnete Krankheit, hervorgerufen durch normalerweise in der Vagina vorhandene Saprophyten und 2. eine specifische Vulvovaginitis, hervorgerufen durch den Gonococcus Neisser. Letztere erfordert eine sofortige, energische Behandlung, da sonst alle bei Gonorrhoe bekannten Complicationen eintreten können. Spiegelhauer (Breslau).

Lanz. Ueber den diagnostischen Werth der mikroskopischen Untersuchung der weiblichen Genitalsecrete. Allg. Medic. Ctrl.-Ztg. 1896. Nr. 68.

Lanz hat auf der ihm unterstehenden Weiber-Abtheilung des Mjassnitzky-Hospitals in Moskau bei 200 Prostituirten methodische Untersuchungen auf Gonococcen durchgeführt und kam hierbei zu dem nach Neisser's Vorgang von verschiedenen Untersuchern gezeitigten Resultat: dass das makroskopische Aussehen des Secretes durchaus nicht immer seinem mikroskopischen Charakter entspricht und dass eine richtige Diagnose und somit auch Behandlung des gonorrhoischen Processes bei Frauen ohne genaue und mehrfache Untersuchung der Genitalsecrete unmöglich ist. Stein.

Larrien. Un traitement simple et efficace de la blennorrhagie aiguë Paris. Librairie Lefrançois 1896.

Nach einem Ueberblick über die bisherige Therapie des männlichen Trippers hebt Larrien die Unzulänglichkeit aller diesbezüglich empfohlenen Mittel hervor, und empfiehlt eine von ihm selbst erfundene Methode der Gonorrhoebehandlung, die speciell im acuten Stadium die besten Erfolge haben soll.

a) Abortivbehandlung: 2—3mal täglich Injection einer lauwarmen gesättigten (20%) Borsäureglycerinlösung (mit Zusatz von 0·5—1·0% Cocain) in die Pars anterior. nb.: dabei blande Diät und körperliche Ruhe.



b) In der acuten Periode:

1. 2—5 Injectionen täglich in die Pars anterior bezw. auch in die Pars posterior der oben angegebenen Borsäureglycerinlösung.

2. 2mal täglich 2 Eucalyptol- bezw. Terpentin-Kapseln bei den Mahlzeiten. Diät, Ruhe.

In der nicht mehr entzündlichen Periode:

1. cfr. B. 1 und 2,

2. dazu täglich 5 Tropfen Solutio Fowleri 1 Monat lang zu nehmen.

Im Anfangsstadium will L. mit der Abortivbehandlung (*a*) in 2 bis 6 Tagen Heilung erzielen. Ferdinand Epstein (Breslau).

Lewin, A. Zur Argoninbehandlung der Gonorrhoe. (Berl. klin. Wochenschr. 1896 Nr. 7.)

L. veröffentlicht aus der Poliklinik Posner's die Resultate der Argoninbehandlung der acuten Gonorrhoe der Männer, zu denen er bei 12 Fällen gelangte (ein nicht allzu reichliches Versuchsmaterial. Ref.). In Uebereinstimmung mit Jadassohn, der das Mittel in die Praxis einführte, fand er, dass es hervorragende Gonococcen tödtende Eigenschaften besitzt, ohne Reizerscheinungen zu verursachen. Bei den 12 Fällen verschwanden die Gonococcen in 9 Fällen innerhalb 2—6 Tagen.

Karl Herxheimer (Frankfurt a. M.).

Lindemann, S. Arthritis blennorrhoica. (Beiträge zur Augenheilkunde. 1892, Heft 5.) Ref. nach Baumgarten's Jahresbericht. Bd. IX., pag. 89.

In einer nach Blenorrhoea neonatorum entstandenen Gelenk-Metastase gelang es Lindemann Diplococcen nachzuweisen, die nach ihrer intracellulären Lage, nach ihrem Aussehen sowie nach ihrem Verhalten gegen Färbeflüssigkeiten als echte Gonococcen auszusprechen waren. Beim Versuch, die Gonococcen rein zu züchten, bediente sich der Verfasser Wertheim'scher Nährböden, jedoch gelang es ihm nicht einwandfreie Gonococcen-Reinculturen zu erzielen. Trotzdem ist der Fall für die heute nicht mehr zweifelhafte Thatsache echter Gonococcen-Metastasen verwerthbar zu machen, wie wir ja später in dieser Hinsicht völlig einwandfreie Mittheilungen in der Literatur vorfinden. Joh. Fabry (Dortmund).

Buchanzeigen und Besprechungen.

Neisser, A., Prof. in Breslau. **Stereoskopischer medicinischer Atlas.** Th. G. Fisher & Co., Cassel.

Angezeigt von Prof. F. J. Pick in Prag.

Am 5. Congresse der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Breslau hatten die Congressmitglieder reichlich Gelegen-



heit, die instructiven Stereoskopien zu bewundern, welche in dem vortrefflich eingerichteten photographischen Atelier der Breslauer Klinik hergestellt wurden. Die allgemeine Anerkennung, welche diese Anwendung der Stereoskopie für die Illustration von Hautkrankheiten daselbst gefunden hat und der Wunsch diesen didactischen Behelf anderen Kliniken und weiteren Kreisen zugänglich zu machen, haben den Anlass zur Herausgabe des vorliegenden Bilderwerkes gegeben. Dasselbe beschränkt sich aber nicht auf die Dermatologie, es soll eine Sammlung photographischer Bilder aus dem Gesammtgebiete der klinischen Medicin, der Anatomie, der pathologischen Anatomie etc. bieten und das ist sehr begreiflich, weil die anderen medicinischen Disciplinen, insbesondere die Chirurgie, von der mit der Stereoskopie erreichten Plastik, der Natur der darzustellenden Objecte entsprechend, verhältnissmässig noch mehr Nutzen ziehen können als die Dermatologie.

Vorerst kommt jedoch der Atlas vorwiegend der uns besonders interessirenden Abtheilung für Dermatologie und Syphilidologie zugute. Von den 15 Lieferungen der bisher ausgegebenen Sammlung sind ihr 8 Lieferungen gewidmet.

Man kennt unsere Ansicht über den Werth von Bilderwerken für Forschung und Unterricht in Hautkrankheiten. Wir haben uns darüber mehrfach in diesem Archiv ausgesprochen und haben keine Ursache, auch diesem Bilderwerke gegenüber unsere Ansicht zu ändern. Ihrer Brauchbarkeit sind enge Grenzen gesteckt, sie sind insgesammt Nothbehelfe und machen in dem Grade aus der Noth eine Tugend, als sie die Einzelnheiten in Form und Farbe genauer und im Gesammteindruck lebendiger darstellen. Das Erstere kann die Photographie ohne Colorirung nicht bieten, dagegen kann das photogr. stereoskopische Bild durch seine Plastik den Gesammteindruck sehr lebendig gestalten und schon dadurch belehrend wirken. Das ist an den vorliegenden Abbildungen klar ersichtlich.

Der Herausgeber hat nach dieser Richtung eine vorzügliche Auswahl getroffen und so ist es gekommen, dass nur wenige Bilder nicht vollkommen entsprechen. Sehr löblich und nützlich finden wir auch das Bestreben des Herausgebers, den Atlas den Fachgenossen zur kurzen Publication interessanter, in dieser oder jener Beziehung bemerkenswerther Fälle zugänglich zu machen. Der Atlas gewinnt



dadurch wesentlich an Verwendbarkeit beim Unterrichte, weil durch die Mannigfaltigkeit der Bilder nicht bloss das Gewordene, sondern das Werdende, also der Krankheitsprocess zur Darstellung gelangt.

Eine der Hauptschwierigkeiten bei der Herausgabe von Bilderwerken, das Streben innerhalb eines begrenzten Umfanges, möglichste Vollständigkeit zu erzielen, ist bei diesem Atlas durch den Umstand behoben, dass bei den geringen Herstellungskosten der Preis sehr niedrig gestellt werden konnte und dass eine enge Begrenzung des Umfanges deshalb nicht nothwendig war und ist. Die Kliniker sollten, wie ich es thue, den Studenten empfehlen, sich den Atlas anzuschaffen, damit sie nach Absolvirung eines dermatologischen Curses an der Hand der Bilder das Gesehene in Erinnerung bringen und ergänzen.

Schliesslich sprechen wir den Wunsch aus, dass nach einiger Zeit, wenn das Material genügend angewachsen sein wird, eine besondere Schul-Ausgabe veranstaltet werde, in welcher die Bilder, nach Krankheiten geordnet, in einzelnen Heften erhältlich wären. Der Herausgeber wie die rührige Verlagshandlung würden sich dadurch noch erhöhteren Dank erwerben.

Prof. Stukowenkow †.

Unser geschätzter Mitarbeiter Prof. Stukowenkow in Kiew ist am 14. März, gerade in dem Augenblicke, in dem er die erste Sitzung der neu begründeten physikalisch-medicinischen Gesellschaft in Kiew als Präsident inaugurirte, einem Schlaganfalle erlegen.

Der hochgeschätzte College, von dessen trefflichen Arbeiten über Syphilis, Mycosis fungoides, Rhinosclerom u. A. dieses Archiv reichliches Zeugniss ablegt, hinterlässt unter den hervorragenden Fachgenossen Russlands eine breite Lücke. Wir sprechen ihnen hiermit unser herzliches Beileid aus. Pick.



Varia.

---

69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Die unterzeichneten Mitglieder des Vorstandes der Abtheilung für **Dermatologie** und **Syphilis** beehren sich, die Herren Fachgenossen zu der vom 20.—25. September in Braunschweig stattfindenden Jahresversammlung ergebenst einzuladen.

Wir bitten, Vorträge und Demonstrationen spätestens bis Mitte Mai bei einem der Unterzeichneten anmelden zu wollen, da den allgemeinen Einladungen, welche von den Geschäftsführern Anfangs Juli zur Versendung gebracht werden, bereits ein vorläufiges Programm der Versammlung beigegeben werden soll.

Für Mittwoch, den 22. September, ist von Seiten der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe des wissenschaftlichen Ausschusses eine gemeinsame Sitzung aller sich mit der Photographie wissenschaftlich beschäftigenden oder dieselbe als Hilfsmittel der Forschung benutzenden naturwissenschaftlichen und medicinischen Abtheilungen in Aussicht genommen, für die Herr Prof. H. W. Vogel in Charlottenburg den einleitenden Vortrag über den heutigen Stand der wissenschaftlichen Photographie zugesagt hat. An denselben sollen sich Berichte über die von anderen Seiten gemachten Erfahrungen anschliessen; auch soll eine Ausstellung wissenschaftlicher Photographien damit verbunden werden, deren Organisation Herr Prof. Max Müller hieselbst übernommen hat. Die Anmeldung von Mittheilungen für diese Sitzung und von auszustellenden Photographien erbitten wir gleichfalls spätestens bis Mitte Mai.

Zugleich ersuchen wir, uns etwaige Wünsche in Betreff weiterer gemeinsamer Sitzungen mit einzelnen anderen Abtheilungen kundgeben und Berathungsgegenstände für diese Sitzungen nennen zu wollen.

Der Einführende:
Dr. med. **Alfred Sternthal**,
Wolfenbüttlerstrasse 58—II.

Die Schriftführer:
Dr. med. **Hermann Heller**,
Sandweg 3—I.
Dr. med. **Max Ziehm**,
Steinweg 26.

XIIme Congrès international de médecine à Moscou. Liste des questions du comité d'organisation de la VIIIme section. **Dermatologie.** 1. Actinomycose. 2. Tuberculose primitive de la peau. 3. Sarcomatose cutanée. 4. Acanthosis nigricans. 5. Pathogénie de l'area Celsi (alopécie en aires, pelade). 6. Éruptions blennorrhagiques. 7. Éruptions d'origine paludéenne. 8. Éruptions hydrargyriques. 9. Traitement



de la sclérodermie. 10. Traitement du rhinosclérome. **Vénéréologie**. 1. Quand doit-on commencer le traitement de la syphilis par le mercure? Pendant combien de temps le traitement de la syphilis doit-il être continué? Faut-il traiter la syphilis au moment de l'apparition des accidents de cette maladie oubien faire le traitement provisoire en dehors de ces accidents? 2. Modification des éléments figurés du sang chez les syphilitiques dans la période condylomateuse. 3. Méthodes de traitement de la syphilis par les injections mercurielles solubles et insolubles.

Wissenschaftliche Privat-Bibliotheken. Der Herausgeber des „Verzeichnisses von Privat-Bibliotheken", G. Hedeler in Leipzig, wird dem kürzlich erschienenen I. Band (Amerika) demnächst den III. Band (Deutschland) folgen lassen. Um diesen wichtigen Theil möglichst vollständig zu gestalten, besonders hinsichtlich wissenschaftlicher und technischer Sammlungen, richtet derselbe an alle Besitzer hervorragender Bibliotheken die Bitte, ihm, soweit nicht schon geschehen, Angaben über Bändezahl, Sonderrichtung etc. ihrer Bücherbestände zur unentgeltlichen Benutzung zu senden. Bei den im I. Band kurz beschriebenen 601 amerikanischen Privatbibliotheken fanden Sammlungen unter 3000 Bänden nur dann Aufnahme, wenn hoher Werth, Seltenheit etc. dies rechtfertigten oder wenn es sich um bedeutendere Specialsammlungen handelte. Eine ähnliche Begrenzung ist auch für die übrigen Bände nöthig. Neben Büchersammlungen literarischer oder allgemeiner Richtung werden wissenschaftliche und technische Fachbibliotheken gerade im III. Band ganz besonders berücksichtigt. Für die Allgemeinheit dürfte das „Verzeichniss", dessen Benutzung ein jedem Band beigegebenes Sachregister erleichtert, auch insofern Interesse bieten, als dasselbe dazu beitragen kann, dass manche wichtige, im Privatbesitz befindliche und daher gegenwärtig meist nur Wenigen bekannte Bücherschätze bei wissenschaftlichen und literarischen Forschungen mehr als bisher zu Rathe gezogen werden. Wer sich des Besitzes einer geeigneten Fach- oder Hausbibliothek erfreut, sollte die Mühe einer kurzen Mittheilung nicht scheuen.

Berichtigung. In meiner Arbeit über das Eczema marginatum habe ich gelegentlich der Nennung der Autoren bei der Aetiologie dieses Processes durch einen Lapsus den Namen Koebner's zu nennen unterlassen, was ich hiemit, auf seine diesbezügliche Reclamation hin, nachtrage.

Dr. **Eduard Spiegler.**



Originalabhandlungen.



Aus Prof. Welander's Klinik im Krankenhause St. Göran zu Stockholm.

Zur Frage von der gonorrhoischen Allgemeininfection.[1]

Von

Dr. **G. Åhman,**
Assistenzarzt am Krankenhause St. Göran.

Wenn ich in dieser Mittheilung den Ausdruck, gonorrhoische Allgemeininfection, anwende, so geschieht dieses, wie ich gleich zeigen werde, in einer besonderen Tendenz.

Wir wissen alle, was wir mit Tripperrheumatismus meinen. Gewöhnlich denken wir uns darunter die gonorrhoische Arthritis, doch sind zum Tripperrheumatismus füglich auch die oft gleichzeitig vorkommende Tendovaginitis, die Myositis u. s. w. zuzurechnen.

Schon seit langer Zeit hat man die monoarticuläre Form als die für den Tripperrheumatismus typische angesehen. Diese Form kommt ohne Zweifel oft vor, in der Mehrzahl der Fälle dürfte aber, wie Jullien (1886) statistisch dargethan hat, mehr als ein Gelenk angegriffen sein. Auf alle Fälle handelt es sich hier zumeist um eine geringe Zahl Gelenke, doch tritt der Tripperrheumatismus zuweilen im höchsten Grade multipel auf. Die Gelenkaffectionen treten indessen in solchen Fällen nicht gleichzeitig oder, wie bei dem acuten rheumatischen Fieber, in rascher Folge nach einander, sondern mehr unter der Form von hartnäckig wiederkehrenden Recidiven auf, die aus neuen Gelenkaffectionen bestehen, während die früheren zurückgehen.

[1]) Vortrag, gehalten in der Gesellschaft schwedischer Aerzte am 22. December 1896.



Wenn man dieses Krankheitsbild sieht und weiss, dass Gonococcen sich zuweilen in den Exsudaten der gonorrhoischen Arthritiden etc. nachweisen lassen, so kann man sich schwerlich des Gedankens erwehren, dass es sich hier um eine allgemeine Gonococceninfection der ganzen Blutmasse handelt, die sich in dieser Weise durch locale Symptome manifestirt. Diese Ansicht verfocht z. B. Souplet schon 1893 in seiner Abhandlung „Blennorrhagie, maladie génerale", und sie hat später durch eine Serie von vortrefflichen Untersuchungen von Höck, Finger, Ghon und Schlagenhaufer, Neisser, Bordoni-Uffreduzzi, Respighi und Burci, Colombinia, Macaigne und Finet u. A. eine mehr positive Stütze gewonnen.

In der Absicht, für die Richtigkeit dieser Ansicht einen sicheren Beweis zu erbringen, mache ich hier folgende Mittheilung, wobei ich erst die untenstehenden beiden kurzgefassten Krankheitsgeschichten anführen will.

Fall I. A. T. A., 22 Jahre, Comptoirist aus Finland.

Der Patient wurde in das Krankenhaus St. Göran am 25. September 1896 aufgenommen. Er hatte den ganzen Sommer über an einem Tripper gelitten. Bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus hatte er einen reichlichen purulenten, Gonococcen in Menge enthaltenden Ausfluss aus der Harnröhre. Der Harn war bei der zwei Gläser Probe in beiden Gläsern trübe. Keine Beschwerden beim Harnen. In Betreff der Prostata war nichts zu bemerken.

Diese Gonorrhöe wurde mittelst Irrigationen der Urethra mit übermangansauren Kalilösungen nach Janets Methode behandelt, ohne dass sich anfangs der Zustand veränderte.

Den 12. October 1896 bekam der Patient häufiges Drängen zum Harnen. Der Harn war jetzt etwas blutig. Die Behandlung wurde ausgesetzt.

Den 13./10. Der Patient hatte am Abend Fieberschauer. Die Temperatur 37·2° C.

Den 14./10. Schmerzen und Empfindlichkeit im rechten Schultergelenk; beginnende Schmerzen im rechten Carpus und in den proximalen Interphalangealgelenken des rechten Zeige- und des rechten Mittelfingers, Uebelkeit, Erbrechen, Schmerzen im Rücken, Albumen im Harn. Temperatur am Morgen 40·3°, am Abend 40·6° C.

Den 15./10. Schmerzen und Empfindlichkeit in den Interphalangealgelenken des Zeige- und des Mittelfingers der rechten Hand. Der Harn enthält Eiweiss. Die Temperatur am Morgen 38·4° und am Abend 39·5° C.



Den 16./10. Der Harn dunkel, blutig; enthält 0·05% Albumen und Blutcylinder in geringer Menge. Temperatur am Morgen 37·5°, am Abend 38·1° C.

Den 17./10. Die Albumin- und Cylindermenge unverändert. Erguss in der Scheide der Sehne des linken Musculus tibialis anticus. Das Metacarpalgelenk des kleinen Fingers der rechten Hand empfindlich. Die Temperatur am Morgen 37·2°, am Abend 38·1° C. Die Harnmenge am letzten Tage 1·100 Gr.

Den 18./10. Die Albumin- und Cylindermenge unverändert. Der Erguss in der Scheide der Sehne des linken Musculus tibialis anticus etwas vermehrt. Die Haut über dieser Sehnenscheide geröthet und empfindlich. Bei Punction mit steriler Spritze wurde ein mucopurulentes Exsudat erhalten, in dessen Zellen bei der mikroskopischen Untersuchung Gonococcen in typischen Gruppen nachgewiesen wurden. Dieselben wurden schnell nach Gram entfärbt.

Culturen wurden auf Ascitesagar nach Kiefer's Methode angelegt, und in 24 Stunden war die Platte mit typischen Gonococcencolonien übersäet, die dann in mehreren Generationen cultivirt und in Bezug auf ihr Verhalten zu den verschiedenen Farbenreactionen und Nährböden geprüft wurden. Die Temperatur des Patienten war an diesem Tage subfebril. An den Brust- und Bauchorganen war nichts Krankhaftes zu bemerken. Die Harnmenge am letzten Tage 1·100 Gr.

Den 19./10. Albumin (0·05%) und Cylinder in unveränderter Menge; die tägliche Harnmenge 1·300 Gr. Die Haut über der Tendovaginitis empfindlich und geröthet. Die Temperatur subfebril.

Den 23./10. Die Albuminmenge etwas vermindert (0·02%), Cylinder spärlich, der Harn von normaler Farbe, die Menge desselben 1·600 Gr. per Tag. Der allgemeine Zustand gut. Die Tendovaginitis ist etwas zurückgegangen. Von den Brust- und Bauchorganen war nichts zu bemerken. Die Temperatur afebril.

Den 25./10. Die Tendovaginitis ist nun beinahe zurückgegangen. Am Abend bekam der Patient einen Fieberschauer, und gleichzeitig fingen Schmerzen an, sich in der rechten Hüfte einzustellen. Die Temperatur am Abend 38·9° C.

Den 26./10. Die Temperatur am Morgen 36·8°, am Abend 37·8° C. Die Schmerzen in der Hüfte bestehen fort.

Den 28./10. Der Patient ist jetzt afebril. Im Harn, der von normaler Farbe ist, Spuren von Albumin und einzelne Cylinder.

Den 5./11. Der Patient, der sich während der letzten Woche wohl befunden hat, bekam am Vormittag einen Fieberschauer sowie Schmerzen und eine Geschwulst in dem Metocarpophalangealgelenke des rechten Mittelfingers. Die Temperatur am Morgen 39·1°, am Abend 38·6° C. Der Harn etwas mit Blut tingirt. Albumin 0·02%; einzelne Pigmentcylinder.

Ich hatte schon früher während der Krankheit des Patienten ein paar Mal versucht, durch Cultivirung auf Ascitesagar Gonococcen im



Blute des Patienten nachzuweisen, doch ohne dass mir dieses gelang. Heute erneute ich diesen Versuch, und dieses Mal mit positivem Resultat. Siehe hierüber weiter unten.

Ich gehe indessen zu der betreffenden Krankheitsgeschichte zurück.

Den 16./11. Seit dem Fieberanfall am 4. dieses Monats ist die Temperatur afebril gewesen und der Patient hat sich wohl befunden. Heute ist die rechte Epididymis stark angeschwollen und empfindlich. Die Temperatur war am Morgen 39·8° und am Abend 39·3° C.

Den 17./11. Die Temperatur afebril. Die Epididymis wie gestern.

Den 25./11. Die Temperatur ist während der vorhergegangenen Tage afebril gewesen. Heute hat der Patient heftige Schmerzen in dem linken oberen Theil der Vorderseite des Brustkorbes. Keine deutlichen Reibungsgeräusche. Empfindlichkeit für Druck. Ob eine Reizung in der Pleura oder eine Affection in der Brustwand vorliegt, kann nicht entschieden werden. Die Temperatur am Morgen und am Abend 38·7° C.

Den 28./11. Hat fortwährend Schmerzen an der genannten Stelle der Brustwand. Die Temperatur subfebril.

Den 3./12. Die Schmerzen in der Brustwand geringer. Die Epididymis ist abgeschwollen.

Den 4./12. Die Schmerzen in der Brustwand noch gross. Kopfschmerzen. Temperatur am Morgen 37·9°, am Abend 38·6° C.

Den 5./12. Die Temperatur afebril. Der Patient befindet sich wohl. Nichts deutet in der Urethra auf eine Gonorrhöe hin.

Seit dieser Zeit hat sich die Gesundheit des Patienten immer mehr verbessert. Den 19. December hatte er kein anderes Symptom von seinem Leiden, als unbedeutende Spuren von Albumin im Harn.

Bei der oben erwähnten Reinzüchtung von Gonococcen aus dem Blute des Patienten beim Fieberanfall am 5./10. benutzte ich folgendes Verfahren.

In eine Vene in der Falte des rechten Ellenbogens, die durch eine um den Oberarm gelegte, fest angezogene Binde zum Anschwellen gebracht worden war, wurde, nach sorgfältiger Desinficirung der Haut, in gewöhnlicher chirurgischer Weise die Spitze einer sterilisirten Pravaz'schen Spritze gestochen, mit welcher sich solchergestalt leicht ein Gramm Blut aspiriren liess. Von diesem Blute wurde der grösste Theil unter aseptischen Cautelen in ziemlich dicken Lagen auf vier Platten Ascitesagar in Petri'schen Schalen gegossen. Von einigen noch übrigen Tropfen Blut wurden Deckglaspräparate gemacht, in denen ich mittelst Färbung mit Methylenblau und nach Gram Bakterien nachzuweisen suchte, was jedoch nicht gelang. Die vier Platten zeigten, nachdem sie zwei Tage im



Thermostaten,. wo die Temperatur 36° C. betrug, gestanden, zusammen etwas über 30 Colonien, die Gonococcencolonien recht ähnlich waren. Da diese Colonien zum Theil im Blute wuchsen, boten sie nicht ganz das Aussehen dar, welches ich bei Gonococcencolonien zu sehen gewohnt war. Ich machte deshalb von diesen Colonien eine Aussaat auf Ascitesagar, wo ich nach einem Tage eine zweite Generation jetzt leicht erkennbarer Gonococcencolonien bekam. Gleichzeitig waren die Colonien auf den Originalplatten mehr gewachsen, und wo sie sich am Rande der Blutstreifen fanden, hatten sie auf den von dem Blute nicht bedeckten Theilen der Platten vegetirt, an welchen Stellen sie ein mehr charakteristisches Aussehen darboten. Sie wurden hierauf in mehreren Generationen cultivirt und sowohl mikroskopisch (mit Gram's Färbung etc.), wie durch Culturversuche auf anderen Nährböden geprüft und dabei in ihrem Verhalten als echte Gonococcen befunden.[1])

Da dieser Fund alleinstehend und, so viel mir bekannt, der erste sichere derartige Fall in der Literatur ist, beschloss ich, nachdem ich mich mit dem Chef der Klinik, Herrn Prof. Welander, berathen, eine Inoculation an einem Menschen auszuführen, um allen Einwendungen und Zweifeln begegnen und unwiderleglich das Factum feststellen zu können, dass Gonococcen bei dem fraglichen Patienten wirklich in der Blutmasse circulirt haben.

Bei einem jungen Manne, welcher gewillt war, sich dem Risico einer Gonorrhoe zu unterwerfen, und bei dem sich keine Zeichen gefunden hatten und auch damals keine fanden, die auf eine vorhandene oder abgelaufene Gonorrhoe hindeuteten, wurde am 13. November 1896 im Krankenhause St. Göran eine Inoculation in die Urethra mit der fünften Generation der obengenannten Gonococcenculturen gemacht. Diese Inoculation gelang leider allzu gut, und der unglückliche Verlauf des Falles bildet ein ernstes Memento für alle, welche sich geneigt fühlen

[1]) Das Gelingen dieser Culturversuche schreibe ich hauptsächlich dem Umstande zu, dass ich eine so grosse Menge Blut auf die Platten goss. Da ich aus dieser grossen Menge Blut nur dreissig Colonien erhielt, würde ich wahrscheinlich gar keine erhalten haben, wenn ich, wie vermuthlich viele andere gethan haben, mit einem Platindraht nur einen Tropfen Blut auf die Platten ausgestrichen hätte.



sollten, den Versuch zu erneuern. Es ist ja nämlich nicht undenkbar, dass die Virulenz dieser im Blute circulirenden Gonococcen über das Normale gesteigert war. Der Fall bot indessen viel Interesse dar und war auf alle Fälle als das letzte und entscheidende Glied in dem Beweise, den ich dafür erbringen wollte, dass echte Gonococcen wirklich im Blute circulirten und dass es sich hier also um eine allgemeine Gonococceninfection handelte, von Bedeutung.

Fall II. K. J. S. B., 25 Jahre, Arbeiter.

Der Patient, der seit dem 19./10. 1896 im Krankenhause St. Göran wegen Ulcus molle und Bubo inguinalis behandelt wird, hat nie an einem Tripper gelitten; in Betreff seiner Urethra ist nichts zu bemerken. Mit seiner Einwilligung wurde heute (den 13./11.) in die Urethra dieses Mannes eine fünfte Generation der vorerwähnten, aus dem Blute des vorigen Patienten cultivirten Gonococcen inoculirt.

Den 14./11. Schleimiger Ausfluss mit freien Gonococcen.

Den 15./11. Spärlicher, schleimiger Ausfluss mit Gonococcengruppen.

Den 16./11. Mucopurulenter Ausfluss mit zahlreichen Gonococcen, sowohl frei, wie in Gruppen. Es wird die Behandlung des Patienten mit Irrigation der Urethra anterior mit Permanganatlösung von 0·1% à 45° C. begonnen.

Den 19./11. Das Präputium ödematös; starke Reizung; Ausfluss mit Gonococcen. Die Behandlung wird ausgesetzt.

Den 22./11. Das Präputium noch etwas ödematös; die Reizung etwas vermindert. Spärlicher, mucopurulenter Ausfluss mit Gonococcen. Culturen auf Ascitesagar. Es wird die Behandlung mit Irrigation der ganzen Urethra mit übermangansaurer Kalilösung nach Janet begonnen.

Den 25./11. Der Patient hat diese Nacht schwere Fieberschauer gehabt. Die Temperatur war am Morgen 40° C. Ueber der rechten Lunge unten in der vorderen Axillarlinie geschwächte, entfernte, bronchiale Athmungsgeräusche mit zahlreichem feinem Knisterrasseln und unbedeutender Dämpfung. Daselbst Stiche und Schmerzen beim Athmen. Der Harn in beiden Gläsern trübe. In Betreff der Prostata nichts zu bemerken, ebenso auch nichts vom Herzen. Die Temperatur am Abend 37·4° C.

Den 27./11. Der Patient ist gestern und heute afebril gewesen. An der oben angegebenen Stelle sind die Athmungsgeräusche jetzt vesiculär. Keine Rasselgeräusche. Dagegen wird ein deutliches Reibungsgeräusch gehört. Der Patient expectorirt jetzt reichliche schleimig-eiterige Massen mit einigen eingemischten Blutstreifen.

Den 29./11. Der Patient ist fortwährend afebril gewesen, hat eine Morgentemperatur von 38·8° C. Fühlt Schmerzen an der vorderen Seite



des linken Fussgelenkes und ist unbedeutend empfindlich an der Radialseite des rechten Handgelenkes. Die Symptome von der Brust sind bis auf eine gewisse Empfindlichkeit und geringe Schmerzen bei tiefen Athemzügen verschwunden. Die Temperatur am Abend 37·6° C.

Den 4./12. Die Temperatur ist während der 4 letzten Tage subfebril gewesen. Der Schmerz im Fussgelenk ist auf die Sehnen des Extensor digitorum communis und im Handgelenk auf die Sehnen der Extensoren des Daumens am Processus styloideus radii beschränkt. Am Abend Schmerzen in der Musculatur an der vorderen Seite des rechten Unterarmes und an der inneren Seite des rechten Oberarmes. Eine Drüse in der Axilla angeschwollen und empfindlich. Kleine Lymphangoitis war deutlich zu palpiren. Temperatur am Abend 38·5° C.

Den 5./12. Die Temperatur am Morgen 37·8°, am Abend 38·6° C.

Den 9./12. Ist die vorhergehenden Tage afebril gewesen. Die Tendovaginitis am linken Fusse noch vorhanden.

Den 18./12. Die letzte Woche ist die Temperatur subfebril gewesen. Deutlicher Erguss in die Sehnenscheide des Extensor dig. com. ped. sin. Die Haut darüber sehr empfindlich und entzündet. Heftige Schmerzen daselbst. Temperatur am Abend 38·8° C.

Den 19./12. Hat während der Nacht schwere Schmerzen gehabt. Die Entzündung scheint mehr localisirt zu sein. Bei Punction wurde ein eiteriges Exsudat erhalten, in dem bei mikroskopischer Untersuchung Gonococcen in charakteristischen Haufen in den Zellen gefunden wurden. Culturen wurden auf Ascitesagar nach Kiefer angelegt und nach ein paar Tagen zahlreiche Gonococcencolonien erhalten.

Den 24./12. Hat heute Harndrang, febrile Temperatur, die Prostata angeschwollen.

Den 26. 12. Der Tendovaginitis-Abscess wurde incidirt. Im Eiter liessen sich sowohl mikroskopisch, wie durch Cultur Gonococcen nachweisen.

Den 31./12. Die Tendovaginitis in Heilung; die Anschwellung der Prostata vermindert. Funiculus spermaticus angeschwollen. Temperatur am Morgen 37°, am Abend 38·5° C.

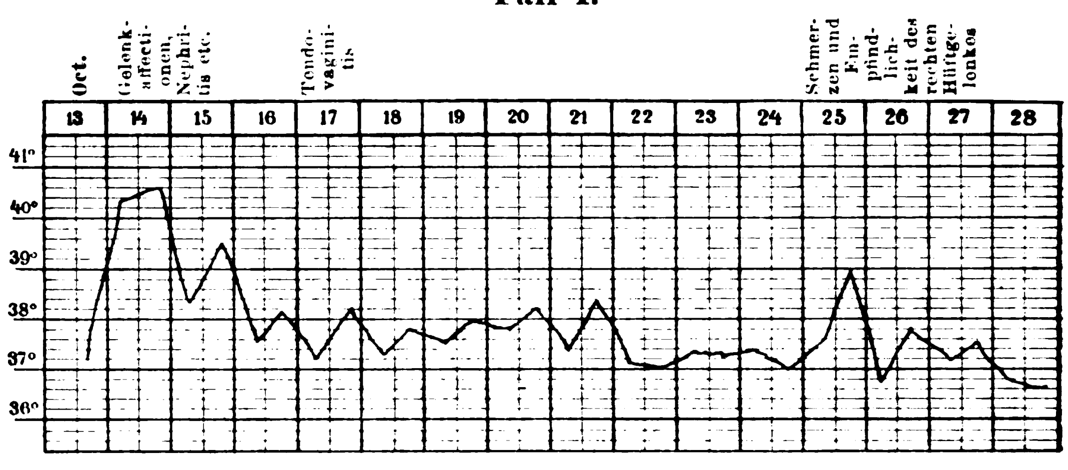
Den 3./1. 1897. Epididymis dext. heute leicht angeschwollen. Temperatur am Abend 38·4° C.

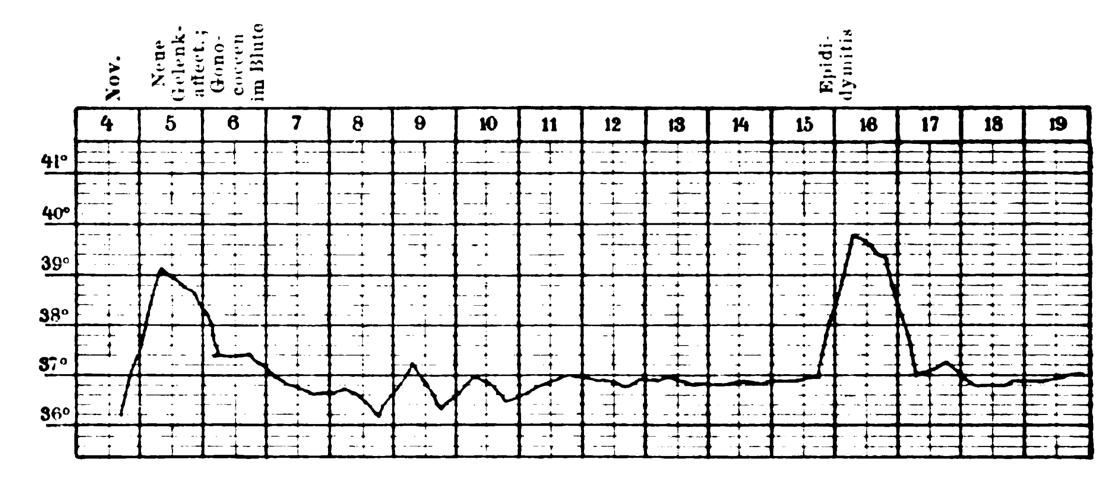
Seitdem hat sich der Zustand des Patienten mehr und mehr verbessert, obschon er noch nicht (den 9. Januar 1897) vollkommen hergestellt ist.

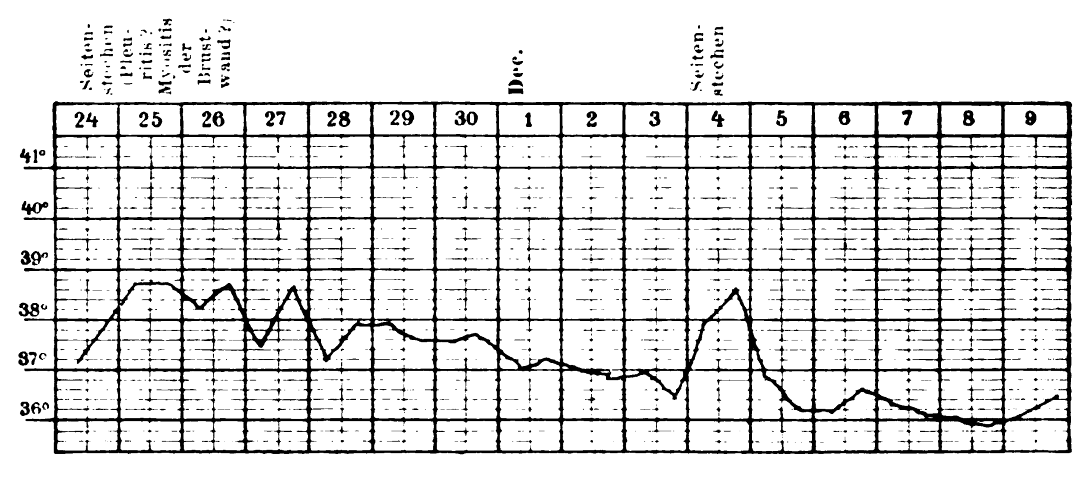
Es ist wohl klar, dass wir es hier mit zwei Fällen von gonorrhoischer Allgemeininfection zu thun haben. Die Anwesenheit von Gonococcen konnte ich bei beiden Patienten in je einer Metastase nachweisen. Dass sie bei dem ersten im Blute circulirten, dürfte wohl durch die eben angeführten Untersuchungen klar bewiesen sein. Die Kette der Beweise ist ja so vollständig wie möglich. Ich werde gleich ein paar



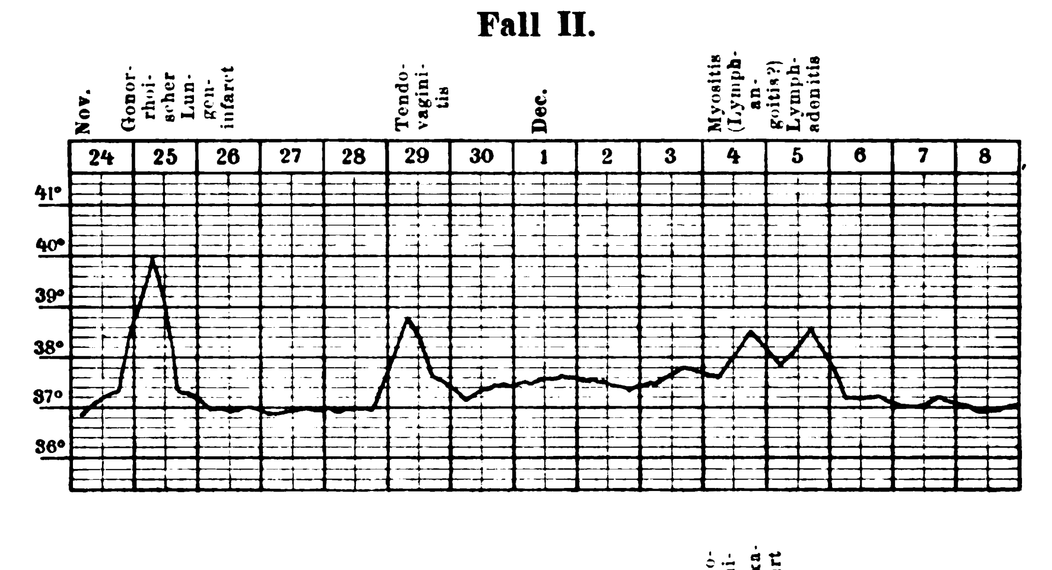
Fall I.

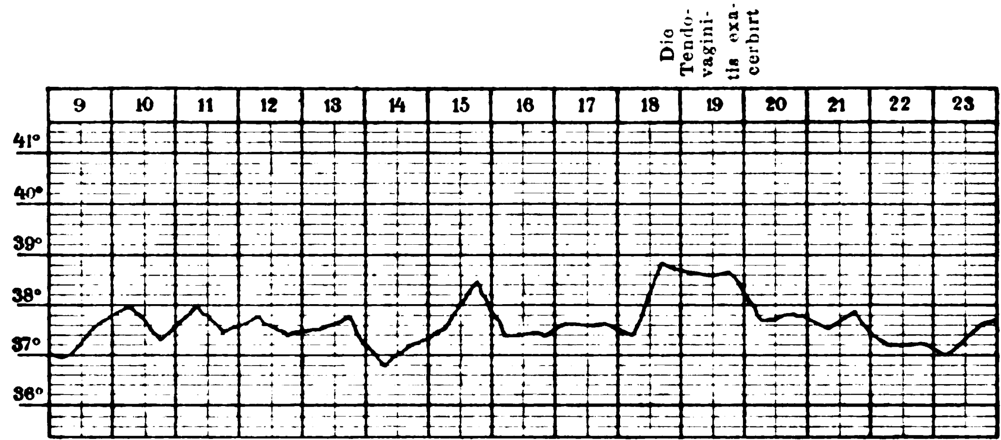

Oct.
Gelenk-affectionen, Nephritis etc.
Tendovaginitis
Schmerzen und Empfindlichkeit des rechten Hüftgelenkes
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
41°
40°
39°
38°
37°
36°

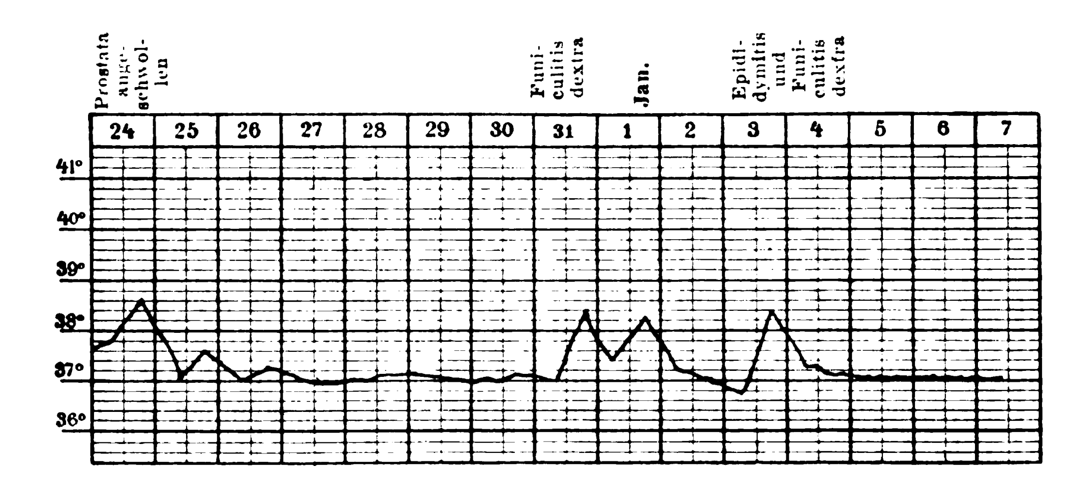

Nov.
Neue Gelenkaffect.; Gonococcen im Blute
Epididymitis
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
41°
40°
39°
38°
37°
36°


Seitenstechen (Pleuritis? Myositis der Brustwand?)
Dec.
Seitenstechen
24
25
26
27
28
29
30
1
2
3
4
5
6
7
8
9
41°
40°
39°
38°
37°
36°

Fall II.


Nov.
Gonor-rhoi-scher Lun-gen-infarct
Tendo-vagini-tis
Dec.
Myositis (Lymph-an-goitis?) Lymph-adenitis
24
25
26
27
28
29
30
1
2
3
4
5
6
7
8
41°
40°
39°
38°
37°
36°


Die Tendo-vagini-tis exa-cerbirt
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
41°
40°
39°
38°
37°
36°


Prostata ange-schwol-len
Funi-culitis dextra
Jan.
Epidi-dymitis und Funi-culitis dextra
24
25
26
27
28
29
30
31
1
2
3
4
5
6
7
41°
40°
39°
38°
37°
36°

Untersuchungen anführen, die neulich gemacht worden sind und die in derselben Richtung gehen, will aber erst ein paar Umstände in dem Verlauf der soeben beschriebenen Fälle hervorheben. Im Allgemeinen kann man sagen, dass sie für die Gonorrhoe vollkommen typisch gewesen sind. Die verschiedenen Affectionen begannen stets mit heftigen Entzündungssymptomen und plötzlich auftretendem Fieber, um dann in einer milderen Form fortzufahren, bis eine neue Affection mit Fieber kam, was sich mehrere Male wiederholte.[1]) Einige dieser Affectionen waren weniger gewöhnlich, wie z. B. die Nephritis in dem ersten Falle. Die Fälle, welche in der Literatur beschrieben sind, gleichen indessen diesem in hohem Grade. Sie haben alle mit hohem Fieber und heftigen Allgemeinsymptomen begonnen, um nachher einen günstigen Verlauf zu nehmen. Ob die Nephritis durch die locale Gegenwart der Gonococcen, oder durch Toxinwirkung hervorgerufen war, ist schwer zu entscheiden. Eine andere bemerkenswerthe Complication war die Lungenaffection im zweiten Falle. Die Symptome: plötzlich auftretende Dyspnoe, hohes Fieber, Seitenstechen, Bronchialathmen, Knisterrasseln, Dämpfung u. s. w. sprachen anfangs für eine Pneumonie. Der für die Gonorrhoe typische Verlauf des Falles zeigte indessen bald, dass wir es hier mit einer gonorrhoischen Lungenaffection, vermuthlich einem Infarct mit Reizung der Pleura, zu thun hatten. Bei einem ähnlichen Fall (Thayer und Blumer, 1895), auf den ich später zurückkommen werde, fand man bei der Section einen haemorrhagischen Infarct und mehrere bronchopneumonische Herde. Dass die Gonorrhoe eine Pleuritis mit Gonococcen in dem pleuritischen Exsudate verursachen kann, ist von Mazza und Bordoni-Uffreduzzi (1894) gezeigt worden. Ob die Epididymitis in dem ersten Falle metastatischer Natur war oder nicht, will ich dahingestellt sein lassen.

Es ist, wie ich oben gesagt habe, durch eine lange Serie vortrefflicher Untersuchungen dargethan, dass Gonococcen bei gonorrhoischer Arthritis, Tendovaginitis, Pleuritis u. s. w. in den Exsudaten vorkommen, und ich habe nun zu diesen Untersuchungen zwei neue Fälle hinzugefügt.[1]) Es ist offenbar, dass

[1]) Siehe die beigefügten Temperaturcurven.



die Gonococcen in die neuen Inflammationsherde schwerlich auf anderen Wegen als durch die Blutcirculation gelangen konnten; dies ist bisher aber nur ein pathologisches Postulat gewesen, das erst durch die oben beschriebenen Beobachtungen klar bewiesen werden konnte.

Indessen sind in der letzten Zeit ein paar Untersuchungen ausgeführt worden, die in derselben Richtung gehen.

Wertheim legte auf dem 6. deutschen Gynäkologencongress in Wien (im Juni 1895) eine sehr interessante Untersuchung über einen Fall von gonorrhoischer Cystitis dar.

Dieser Fall wurde bei einem neunjährigen Mädchen beobachtet, das an gonorrhoischer Vulvovaginitis, acuter Cystitis und gonorrhoischen Arthritiden der beiden Ellenbogengelenke litt. Wertheim hatte Gelegenheit, ein kleines Fragment von der Blasenwand zu excidiren und dieses mikroskopisch zu untersuchen. Er fand zahlreiche Gonococcen im Epithel und im Bindegewebe und in den venösen Capillaren zahlreiche Thrombophlebitiden, welche echte Gonococcen enthielten. Dies gibt uns sichere Andeutungen, wie die Gonococcen von diesen gonococcenhaltigen Thromben in den capillaren Venen, in die Blutcirculation hineinkommen können.

---

[1]) Bekanntlich hat man auch bei der gonorrhoischen Arthritis oft andere Bakterien: Staphylococcen, Streptococcen, Pneumococcen etc. gefunden. Von 11 Exsudaten von gonorrhoischen Arthritiden, die ich selbst im Krankenhause St. Göran bakteriologisch untersucht habe, fand ich in einem Streptococcen und in zweien Pneumococcen; acht Exsudate waren steril. (Die Sterilität dieser 8 Exsudate beweist durchaus nicht, dass die Arthritis nicht durch Mikroorganismen hervorgerufen war, denn solche können sich in der inflammirten serösen Haut finden, ohne in das Exsudat überzugehen.) Der Umstand, dass man oft andere Mikroorganismen in den gonorrhoischen Gelenkergüssen gefunden hat, spricht nicht im geringsten gegen die oben angeführte Ansicht von der Natur der gonorrhoischen Allgemeininfection. Die Gonorrhoe verhält sich hierbei völlig analog mit anderen notorischen Allgemeininfectionen, z. B. dem Abdominaltyphus. In den typhösen Abscessen etc. findet man oft Eberth's Bacillus, doch hat man in ihnen auch andere Bakterien gefunden, die offenbar als Misch- oder Secundärinfectionen zu betrachten sind. Dasselbe ist der Fall mit anderen Infectionskrankheiten, woraus aber nicht folgt, dass man die Bedeutung des speciellen Virus verneinen kann. Was die Gonorrhoe betrifft, so kann man dieses um so viel weniger, als die gonorrhoischen Gelenkaffectionen oft einen ziemlich charakteristischen Verlauf zeigen.



Die andere Untersuchung ist von den Amerikanern Thayer und Blumer (1895) an einem Fall von gonorrhoischer Endocarditis mit Allgemeininfection ausgeführt worden. Dieses ist derselbe Fall, den ich vorhin erwähnt habe. Thayer und Blumer konnten hier an Schnitten von den Herzklappen Diplococcen nachweisen, die höchst wahrscheinlich Gonococcen waren. Sie machten indessen, während der Patient noch lebte, Versuche, Gonococcen im Blute nachzuweisen. Leider waren sie mit den für die Gonococcenzüchtung geeigneten Substraten nicht versehen. Sie halfen sich in der Weise, dass sie Blut aus einer Vene aspirirten und es mit ungefähr doppelt so viel Agar mischten. Sie bekamen Colonien von Diplococcen, die vollständig Gonococcen glichen, und ein jeder, der sich mit der Züchtung von Gonococcen beschäftigt hat, weiss, dass man die Gonococcen wirklich in dieser Weise zum Wachsen bringen kann. Die genannten Coccen konnten auf den gewöhnlichen Nährböden nicht zum Wachsen gebracht werden. Eine Woche nachher bekamen die Autoren Serum- und Harnagar zu ihrer Disposition, da aber waren die Colonien schon abgestorben, sie wuchsen nicht mehr; dieses ist indessen für die Gonococcen vollkommen charakteristisch. Wenn Thayer und Blumer's Culturversuche auch zum Theil misslangen, so erscheint es mir doch als sehr wahrscheinlich, dass die Coccen, welche sie aus dem Blute züchteten, wirklich Gonococcen waren.

Durch diese Untersuchungen wissen wir also, dass die Gonococcen in das Bindegewebe eindringen und capilläre Thrombophlebitiden hervorzurufen vermögen, von welchen sie leicht in die Blutcirculation hineinkommen können, um in den entferntesten Theilen des Körpers neue inflammatorische Processe hervorzurufen.

Durch meinen Nachweis der Gonococcen im circulirenden Blute ist in unserer Kenntniss der Pathogenese der gonorrhoischen Complicationen eine wesentliche Lücke ausgefüllt worden; wir sind nun vollkommen berechtigt, von einer allgemeinen Gonococceninfection zu sprechen.



Aus Dr. Max Joseph's Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.

Ueber Porokeratosis.

Von

Dr. **Max Joseph.**[1])

(Hierzu Taf. XIII u. XIV.)

Unsere Kenntnisse über die Pathologie der Schweissdrüsen, insbesondere über die Betheiligung der Schweissdrüsenausführungsgänge an keratotischen Processen rühren erst aus der jüngsten Zeit her. Mibelli[2]) gebührt das Verdienst, als der erste darauf hingewiesen zu haben, dass zuweilen von dem Ausführungsgange der Schweissdrüsen aus ein Verhornungsvorgang ausgeht, welcher über die Oberfläche der Epidermis warzenförmig hervorragt und sich von hier aus excentrisch ausdehnt. Hierfür schlug er die Bezeichnung „Porokeratosis" vor.

Das klinische Bild, welches Mibelli in seiner ersten Arbeit bereits sehr prägnant hinstellte und welches wir nach meinen Beobachtungen in der That als ein Novum hinnehmen müssen, war etwa Folgendes:

Auf scheinbar gesunder Haut, ohne dass eine Spur eines Entzündungsprocesses vorangegangen wäre, treten umschriebene hyperkeratotische Herde auf, die zu ihrer Entwicklung Monate ja Jahre gebrauchen, ohne dabei Jucken oder bedeutende Desquamation hervorzurufen und die auch später wieder ohne jede Spur von Pigmentation verschwinden. Die Initialform zeigt sich als eine kleine, schmutzig braune Erhabenheit in Gestalt eines cylindro-konischen trockenen harten Stachels, der in die

[1]) Nach einem auf der 68. Naturforscherversammlung zu Frankfurt a. M. Sept. 1896 gehaltenen Vortrage.

[2]) Mon. f. prakt. Dermat. XVII. 1893. XX. 1895 und Internat. Atlas seltener Hautkrankheiten. Nr. IX. 1893.



Haut hineingesteckt ist oder aus derselben hervorragt. Nach der Entfernung dieser kleinen hornigen Erhabenheit bleibt eine trichterförmige Oeffnung zurück, welche den Anschein erweckt, als ob die Prominenz viel eher in einen Drüsenausführungsgang als in eine Follikelmündung eingekeilt wäre. Allmälig verhornen dann die Ränder, welche den centralen Pfropf begrenzen, und es entwickelt sich nun allmälig durch Erweiterung der ersten Oeffnung und durch vermehrtes Wachsthum der Ränder eine scheibenförmige Plaque. Nach einer gewissen Zeit des Wachsthums fällt der centrale Pfropf dann gewöhnlich von selbst aus oder wird zufällig abgestreift. Das centrifugale Wachsthum der Efflorescenzen bleibt gewöhnlich ziemlich beschränkt, und die Efflorescenzen bleiben, wenn sie einen Durchmesser von 1·0—1·5 Cm. erreicht haben, Jahre lang unverändert. Gerade in diesem Stadium ist das Bild, wie es Mibelli beschreibt, sehr charakteristisch: die warzenähnlichen gelbbraun gefärbten, linsen- bis markstückgrossen Flecke von unregelmässiger Form heben sich mit ihrem flachen nur von einigen spitzen harten Höckerchen unterbrochenen Centrum scharf von dem erhabenen, geschlängelten, trockenen, fast scharfen Rande ab und fühlen sich bei der Berührung wie ein Reibeisen an.

Das hier von Mibelli scharf gezeichnete Krankheitsbild mit seinem im wesentlichen abgeflachten und muldenartig eingesunkenen Centrum im Gegensatz zu dem wallartigen Rande ist so prägnant, dass man es nicht leicht übersehen kann. Ich hatte das Bild nicht nur durch das Studium der sehr gut gelungenen Zeichnung in dem internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten, sondern vor allem auch durch die auf dem Londoner internationalen Dermatologen-Congress im August 1896 ausgestellte vortreffliche Moulage so gut meinem Gedächtnisse eingeprägt, dass ich zwei in meiner Poliklinik vor Kurzem zur Behandlung gelangende Krankheitsfälle sehr bald als „Porokeratosis“ erkannte.

In meiner ersten Beobachtung handelte es sich um den 14jährigen Otto B., Sohn eines hiesigen Töpfers. Derselbe soll seine Hauterkrankung angeblich seit dem dritten Lebensjahre haben, und da in der letzten Zeit eine Ausbreitung des Processes bemerkt wurde, so suchte er ärztliche Hilfe auf. Von ähnlichen Erkrankungen in der Familie ist nichts bekannt.

Die Hauterkrankung besteht nur an der rechten Hand. Hier ist sie hauptsächlich auf den zweiten und dritten Finger beschränkt, während sich ein eben beginnender kleiner Herd auf dem Handrücken in der Furche der Interossei zwischen dem zweiten und dritten Finger befindet. Dieser letztere Erkrankungsherd soll jetzt sogar unter der von mir durchgeführten Behandlung mit 10% Chrysarobin-Traumaticin schon etwas abgenommen haben, während in letzter Zeit ein Fortschreiten der einzelnen Krankheitsherde aber nur an isolirten kleinen Punkten, welche sich dem Gefühle als Rauhigkeiten präsentirten, bis zum Handgelenke zu constatiren ist.

Die genauere Inspection ergab an dem r. Zeigefinger folgenden Befund: An der Dorsalfläche der ersten Phalanx von dem Metacarpophalangealgelenke an bis zur zweiten Phalanx sieht man etwa 15 bis 20 kleine stecknadelkopfgrosse schwarze Pünktchen. Diese scheinen bei makroskopischer Besichtigung, ähnlich wie es Mibelli beschreibt, „aus dem Centrum einer der rautenförmigen Figuren, die aus der Kreuzung der normal in jener Region besonders ausgebildeten Hautfurchen entstehen“ hervorgegangen zu sein. Kratzt man diese kleinen Erhöhungen ab, so sieht man eine Vertiefung, welche in einen Schweissdrüsen-Ausführungsgang zu münden scheint. Ausser diesen isolirten Efflorescenzen besteht in der Mitte der Dorsalfläche der ersten Phalanx eine grössere erkrankte Fläche, welche etwa 2 Cm. in der Länge und ungefähr $^3/_4$ Cm. in der Breite misst. Diese Plaque zeigt vor Allem einen in die Augen fallenden peripheren, ausgezackten hornartigen Wall, während das Centrum glatt, fast normal aussieht und nur hin und wieder kleine spitze, harte Erhabenheiten zeigt. Hierdurch wird zunächst der Eindruck hervorgerufen, als ob man es nur mit gewöhnlichen Warzen zu thun hätte, aber bei genauerem Zusehen erkennt man, dass der gleichmässig über die Oberfläche sich erhebende Wall zwischen den Erhöhungen auch einzelne Vertiefungen zeigt. Die Erhabenheiten entsprechen im Wesentlichen den keratotischen Stellen an den Schweissdrüsen-Ausführungsgängen, die Vertiefungen den dazwischen befindlichen Theilen. Besonders deutlich tritt diese Hyperkeratose der Schweissdrüsen-Ausführungsgänge hervor, wenn man mit einem Objectträger auf die Stelle drückt und sie auf diese Weise blutleer macht. Um diesen Plaque befindet sich, ihn wie ein Kranz umgebend, eine grössere Anzahl ähnlicher kleiner keratotischer Stellen. Einige isolirte oder zu 4—5 zusammenstehende tief schwarz gefärbte keratotische Stellen sieht man dann noch in geringerem Grade an der ersten und zweiten Phalanx. An der zweiten Phalanx des Mittelfingers befinden sich nur zwei keratotische Punkte, an der dritten Phalanx eine etwa hirsekorngrosse erkrankte Partie. An der oben bezeichneten Stelle des Handrückens zeigen sich ebenfalls ungefähr 20 bis 25 einzelne keratotische, wie es scheint an den Schweissdrüsen-Ausführungsgängen befindliche schwarze Punkte. An der Austrittsstelle der kleinen Flaumhärchen bemerkt man nichts Abnormes.



Während in Italien nach den Mittheilungen Mibelli's und Respighi's [1]) die Erkrankung nicht gar so selten zu sein scheint, ist aus Deutschland bisher noch kein Fall veröffentlicht, trotzdem Mibelli's erste Mittheilung bereits aus dem Jahre 1893 datirt; daher wird es interessiren, dass ich vor kurzem noch einen zweiten hieher gehörigen Fall beobachtet habe, dessen Abbildung ich auf Taf. XIII, Fig. 1 gebe.

Erkrankt war der 12jährige Max S. Sein Leiden soll angeblich seit 8 Jahren bestehen und ist hauptsächlich auf die rechte Hand beschränkt. Zuerst soll die Hauterkrankung nur auf den gegen einander liegenden Seiten des Zeige- und Mittelfingers der rechten Hand vorhanden gewesen sein. Ungefähr 6 Monate später erschien die Affection auch über dem Gelenk zwischen 1. und 2. Phalanx des rechten Ringfingers, und alle Bemühungen der bisher behandelnden Aerzte führten zu keinem Resultate. Der Zustand änderte sich gar nicht, nur zeigten sich seit etwa einem halben Jahre einige wenn auch geringe Erscheinungen im Gesichte.

Die genauere Besichtigung ergab, wie aus der Abbildung hervorgeht, dass sich der Hauptherd der Erkrankung in der That auf dem Zeige- und Mittelfinger befindet. Die Affection erstreckte sich von dem Dorsum der Grundphalange des Zeigefingers über die Interdigitalfalte auf die Rückenfläche der Grundphalanx des Mittelfingers in etwa hufeisenförmiger Gestalt. Der Zeigefinger ist auf der ulnaren Seite vom ersten Interphalangealgelenk bis zum Metakarpophalangealgelenk befallen, der Mittelfinger an der dem Zeigefinger zugewandten Seite vom Metakarpophalangealgelenk bis zur Mitte der Grundphalanx. Die proximale Grenze der Affection liegt in der Höhe der Metakarpophalangealgelenke.

Die erkrankten Stellen sind scharf gegen die gesunde Haut abgegrenzt mit einem wallartig absteigenden Rande, welcher trocken, rauh, hart ist und eine bräunliche Färbung zeigt. Die von dieser wallartigen Peripherie eingeschlossene Hautfläche zeigt keine Spur von Entzündung und macht einen normalen Eindruck. Nur an einigen wenigen punktförmigen Stellen sieht man eine kleine stachelige, warzige Erhabenheit, nach deren Abheben eine Vertiefung zu Tage liegt, welche einem Schweissdrüsenausführungsgange zu entsprechen scheint. Ebenso lassen die wallartigen Prominenzen an der Peripherie der Plaques am Zeige- und Mittelfinger die Annahme zu, dass sie grossentheils mit den Schweissdrüsen-Ausführungsgängen zusammenhängen, denn nach Abkratzen derselben gelangt man in eine Vertiefung, welche gerade dem Schweissdrüsenporus zu entsprechen scheint. Doch kommt an einigen, wenn auch wenigen Stellen solch eine warzige Erhabenheit auch an einem Follikel vor. Die zwischen den wallartigen Rändern gelegene Haut macht einen atrophischen und dadurch viel zarteren Eindruck als an den anderen Stellen, im

[1]) Mon. f. prakt. Dermat. Bd. XVIII. 1894 p. 70.

Uebrigen aber befinden sich hier weder Krusten noch sonstige Zeichen einer oberflächlichen Entzündung, wie auch Patient über keine subjectiven Beschwerden an diesen Stellen zu klagen hat.

An der radialen Seite des Mittelfingers befindet sich ein etwa den Umfang einer Erbse einnehmender Plaque mit erhabenem warzenförmigem trockenem Rande und einem atrophischen Centrum. Der ganze Plaque wurde zur mikroskopischen Untersuchung excidirt und ist daher auf der Photographie (Taf. XIII, Fig. 1) nicht sichtbar. Schliesslich befindet sich noch ein Erkrankungsherd, der auf der Abbildung deutlich sichtbar ist, an dem vierten Finger und hatte hier etwa die Ausdehnung einer Bohne. Sein Hauptherd sass an dem ersten Interphalangealgelenk mit denselben Charakteren wie wir sie oben beschrieben haben. Von hier aus zweigte sich ein wallartiger Streifen in fast gerader Richtung nach den Nägeln zu ab mit den gleichen oben beschriebenen Charakteren, an denen besonders wieder der Zusammenhang der stacheligen, warzigen Excrescenzen mit den Schweissdrüsen-Ausführungsgängen deutlich zu demonstriren war.

An der rechten Seite des Unterkiefers haben sich neuerdings etwa sechs linsengrosse rundliche, mit kleinen warzigen Excrescenzen bedeckte Krankheitsherde gebildet. Dieselben sind ebenfalls über die Oberfläche etwas erhaben und ungefähr kreisförmig angeordnet, so dass sie einen zackigen Wall in der Peripherie und in der Mitte eine atrophisch eingesunkene Stelle bilden.

Nach der hier gegebenen Beschreibung und der auf Taf. XIII, Fig. 1 befindlichen Abbildung wird die Aehnlichkeit der einzelnen Eruptionsformen mit den von Mibelli und Respighi gegebenen Abbildungen sofort in die Augen fallen. Nicht nur die Localisation, sondern auch die Art der warzigen Efflorescenzen stimmt mit dem von diesen Autoren gezeichneten Bilde. Allerdings stellen unsere beiden Fälle noch Frühstadien des Processes dar und daher ist es bei ihnen noch nicht zu der hochgradigen Ausdehnung gekommen, wie sie von den beiden genannten Autoren in Wort und Bild mitgetheilt ist. Wir haben es in unseren beiden Fällen mit Frühformen dieser Krankheit zu thun, und dieses wurde auch durch die mikroskopische Untersuchung[1]) bestätigt.

Dieselbe ergab in beiden Fällen einen vollkommen identischen Befund und die Veränderungen waren die gleichen an den isolirten stacheligen Hervorragungen wie an den grossen Plaques. Es bestand eine ausserordentliche Zunahme des Rete

[1]) Die hier zugehörigen Präparate wurden in der Märzsitzung der Berl. derm. Ges. demonstrirt.



Malpighii, welches sich hoch hinauf erstreckte und hier bis weit in die hyperkeratotischen Partien durch seinen Zellencharakter erkenntlich war. Ebenso hatte aber diese Hyperkeratose zu einer Erweiterung der Interpapillarzapfen geführt, welche auf diese Weise 4—6 Mal so breit als normal waren und sehr stark in die Tiefe des Coriums wucherten. Die dazwischen befindlichen Papillen waren etwas verschmälert und von einem dichten Zellinfiltrat ausgefüllt. Das letztere schliesst sich enge, wie aus Taf. XIV, Fig. 3. ersichtlich ist, an die lang ausgezogenen und stark erweiterten Capillaren an. Das Infiltrat selbst besteht aus zahlreichen mononucleären Leukocyten und Spindelzellen, während Mastzellen in dieser Gegend nur sehr spärlich anzutreffen waren. Dagegen wurden die Mastzellen zahlreich in der Tiefe des Coriums gefunden, wo sie sich zusammen mit den zahlreich vorhandenen mononucleären Leukocyten den stark erweiterten Gefässen anschliessen. Auch zwischen den Schweissdrüsenglomeruli waren zahlreiche Mastzellen zu finden. Die nach der Orceinmethode dargestellten elastischen Fasern boten nichts abnormes dar.

Besondere Beachtung verdienen aber die hyperkeratotischen Stellen. Denn hier zeigten sich einige Merkwürdigkeiten, welche für diese Erkrankung specifisch sind, und welche ich noch bei keiner anderen Affection wiedergefunden habe. Es gehen nämlich von den Schweissdrüsenausführungsgängen Hornkegel aus, welche nicht nur wie aus Taf. XIV, Fig. 2 ersichtlich in den Ausführungsgang eingekeilt sind, sondern auch (Taf. XIV, Fig. 4 s.) über die Oberfläche hervorragen. An einzelnen Stellen ist diese Prominenz schon ausgefallen, während sie an anderen noch deutlich sichtbar ist und hier wie ein Büschel über die Oberfläche hervorragt. Verfolgt man den Process weiter, so sieht man nur, wie zunächst zu beiden Seiten solcher hyperkeratotischen Schweissdrüsenausführungsgänge sich ähnlich wie in Taf. XIV, Fig. 1 warzenförmige Erhabenheiten bilden, welche allmälig sich excentrisch weiter ausbreiten und von den kleinsten Anfängen (Taf. XIV, Fig. 1) allmälig ziemlich grosse Dimensionen annehmen, ähnlich wie es auf Taf. XIV, Fig. 2 und 3 dargestellt ist. Manchmal sind sogar mehrere dieser hyperkeratotischen warzenartigen Gebilde in der Nähe eines Schweiss-



drüsenausführungsganges zu finden (Taf. XIII, Fig. 3) und zeichnen sich durch ihr Höhenwachsthum aus, während an anderen Stellen wiederum die warzenförmigen Gebilde durch ihr excentrisches Wachsthum auffallen und grosse Dimensionen annehmen (Taf. XIII, Fig. 4 und 5). Dieselben zeichnen sich stets dadurch aus und heben sich von ihrer Umgebung scharf ab, indem in ihnen im Gegensatz zu der Umgebung eine grosse Menge färbbarer Kerne in der Epidermis noch zu finden ist. Dies geht am besten aus den vier ersten Zeichnungen der Tafel XIV hervor. In Mitten solcher warzenförmiger Hervorragungen sieht man dann oftmals einen theils geradlinig, theils geschlängelten, korkzieherförmig verlaufenden Schweissdrüsenausführungsgang, welcher aber meist ganz normal ist und nur an wenigen Stellen eine bereits beginnende Verhornung zeigt. In diesen Partien ist auch gerade wie sich aus den Präparaten ergibt, welche nach den von Dreysel und Oppler[1]) empfohlenen Methoden gefärbt sind, das Keratohyalin deutlich vorhanden, während es an den nicht hyperkeratotischen Stellen fehlt. An diesen letzteren ist wiederum ein deutliches Stratum lucidum vorhanden. Es zeigen sich Eleidinkörnchen, und das Stratum granulosum ist an manchen Stellen gar nicht deutlich sichtbar, an anderen nur sehr gering, in ein bis zwei Zellagen entwickelt. Ich kann hiernach bestätigen, was Dreysel und Oppler als allgemeine Thatsache gefunden haben, dass bei Krankheiten, welche wesentlich mit Verhornungsanomalien einhergehen, den Parakeratosen, niemals Eleidin gefunden wird an den Stellen, wo die Kerne im Stratum corneum noch ihre Färbbarkeit bewahrt haben, selbst wenn Keratohyalin an solchen Stellen noch nachweisbar ist.

An einzelnen Stellen sieht man deutliche Flaumhärchen (Taf. XIII, Fig. 6) und etwas erweiterte Follikel, aus welchen ebenfalls ein horniger Pfropf hervorragt und inmitten eines hyperkeratotischen warzenartigen Gebildes liegt, genau so wie wir es vorhin bei den excentrischen Hyperkeratosen der Schweissdrüsen beschrieben haben. Allerdings muss ich bemerken, dass man solcher Stellen nur äusserst wenige findet. Indessen ist

[1]) Dieses Archiv Bd. XXX.



das Vorkommen derartiger Stellen doch aus der photographischen Aufnahme in Taf. XIII, Fig. 6 sicher klargestellt.

Auffällig war der grosse Reichthum an Schweissdrüsen, welche sich in jedem Schnitte in vielfacher Zahl vorfanden und hier sehr viel zahlreicher anzutreffen waren als in der Gegend des Fingerrückens der normalen Haut. Taf. XIV, Fig. 5 zeigt diese abnormen Verhältnisse. Zwischen den Schweissdrüsenglomeruli fand ich zwar eine grosse Menge von Mastzellen, aber sonst keine Infiltration. Die Schweissdrüsen selbst zeigten zunächst nichts Abnormes und vor allen Dingen keine solchen cystischen Erweiterungen, wie sie Mibelli beschrieben hat und wie sie mir aus meinen Untersuchungen über den Lichen ruber (dieses Archiv Band XXXVIII, Heft 1. 1897) sehr genau bekannt waren. Indessen war es auffällig, dass man mit bestimmten Färbungen, vor allem der Gram'schen Methode eine ziemlich beträchtliche Menge von Kerntheilungsfiguren erkennen konnte. Auf Taf. XIV, Fig. 6 sind einige derselben abgebildet.

Vergleichen wir die von mir an den beiden Patienten beobachteten klinischen und histologischen Bilder mit den von Mibelli und Respighi herrührenden Schilderungen, so haben wir es in allen diesen Fällen zweifellos mit einem gleichartigen Krankheitsprocesse zu thun. Allerdings bestehen kleine Differenzen, welche sich aber wohl hauptsächlich durch die verschieden lange Dauer des Leidens in den einzelnen Fällen erklären lassen.

Diese Dermatose setzt gewöhnlich schon im frühesten Lebensalter ein. Meine beiden Patienten hatten ebenso wie die von Mibelli und Respighi zuerst beschriebenen ihre Porokeratosis schon seit der frühesten Kindheit. Auch Dubreuilh[1]) berichtet über einen achtjährigen Knaben, welcher die Affection seit seinem ersten und Hutchins[2]) über einen 32jährigen Patienten, der die Affection seit seinem 2. Lebensjahr hatte. Dagegen begann die Erkrankung bei den von Reisner[3]) aus Prof. Wolff's Klinik in Strassburg berichteten Falle erst im 13.,

[1]) Intern. dermat. Congress zu London. 1896.

[2]) Journal of cutan. and genito-urin. dis. Oct. 1896.

[3]) Inaug.-Dissert. Strassburg 1896.



bei einem der von Respighi[1]) beschriebenen Falle etwa im 25. Lebensjahre und bei einem Patienten Mibelli's sogar erst im Alter von 55 Jahren. Meist localisirt sich die Affection nur an den Händen, den Unterarmen und dem Gesicht. Doch war in den von Reisner und Respighi mitgetheilten Beobachtungen[2]) das Exanthem sogar über einen grossen Theil des Körpers verbreitet.

Die Frage, ob es sich hier um eine besondere Form der Keratosenbildung handle, glaube ich mit Ja beantworten zu müssen. Dafür scheint mir vor Allem das klinische Aussehen der Affection zu sprechen, welche mit keiner ähnlichen Dermatose meiner Ansicht nach verwechselt werden kann. Diese scharf umschriebenen Erkrankungsherde mit ihrem sich deutlich von der gesunden Umgebung abhebenden hyperkeratotischen Walle, welcher die Neigung hat sich excentrisch auszubreiten, während in der Mitte dieser Scheiben eine Atrophie der Haut eintritt, machen das klinische Bild unverkennbar.

Die Aehnlichkeit dieser Affection mit einem Lichen ruber planus scheint mir nur eine geringe zu sein und wenn nicht schon das klinische Aussehen und der Verlauf des Lichen, welcher mit der Porokeratose gar keine Gemeinschaft hat, gegen eine Vermengung beider Krankheitsbilder spräche, so sollte es der histologische Befund thun, welcher beim Lichen ruber (conf. meine anatomischen Untersuchungen, dieses Archiv Band XXXVIII) vollkommen different von der uns hier beschäftigenden Krankheit ist. Eine Aehnlichkeit der Porokeratosis mit gewöhnlichen Warzen liegt entschieden vor, auch Mibelli beschreibt die Efflorescenzen als warzenförmige Gebilde und bemerkt bei seinem zweiten Patienten sogar (p. 425 Mon. f. prakt. Derm. Band XVII 1893), dass sie auf den ersten Blick das Bild gewöhnlicher harter Warzen der Hand darboten. Auffälliger Weise sassen die meisten dieser Gebilde ebenso wie bei meinem Patienten auf den Streckseiten der

[1]) Giorn. ital. dell. Malatt. Ven. e dell. Pelle. Fasc. I. 1895.

[2]) Ausser diesen bisher in der Literatur mitgetheilten Beobachtungen über Porakeratosis dürfte wohl auch ein von Rudojawzew als Keratosis linearis in der russ. derm. Ges. v. 28. Jan. 1895 (Mon. f. prakt, Derm. Bd. XXII. 1896 p. 181) vorgestellter Fall hierhin zu rechnen sein.



Extremitäten. Indessen weisen sowohl Mibelli wie Respighi (p. 83 Monat. f. prakt. Dermat. Band XVIII 1894) sehr eingehend auf die Unterschiede dieser beiden Affectionen hin. Eine Verwechselung mit Tuberculosis verucosa cutis kann wohl nur auf den ersten Blick erfolgen, aber nicht nur der weitere Verlauf, sondern vor Allem auch die histologische Untersuchung wird hier marcante Unterschiede ergeben. Schliesslich bleibt nur noch eine Verwechslung dieser Erkrankung mit der Ichthyosis übrig, und in der That haben sowohl Tomasoli (citirt bei Mibelli) wie Majocchi (Monat. f. prakt. Dermat. p. 77 Band XXII 1896) die Porokeratosis für eine Varietät der Ichthyosis erklärt. Auch Mibelli betont die Aehnlichkeit der Affection mit der Ichthyosis hystrix. Indessen hat er sowohl wie Respighi schon auf die Differenzpunkte dieser beiden Affectionen hingewiesen, so dass ich es mir versagen kann, hier ausführlicher darauf einzugehen. Die bei der Porokeratosis beobachtete Localisation des Erkrankungsprocesses würde allerdings nicht gegen Ichthyosis sprechen, da wir wissen, dass hier mannigfache Varietäten vorkommen. Ich habe mir erlaubt, schon früher (Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft, IV. Congress Seite 407) an der Hand eines einschlägigen Falles[1]) darauf hinzuweisen, dass die Ich-

[1]) Bei dieser Gelegenheit möchte ich darauf hinweisen, dass mir Jarisch (Verhandl. d. deutschen dermat. Ges. V. Congress 1896 p. 103) nicht Recht zu haben scheint, wenn er meinen Krankheitsfall vielleicht zu der Psorospermosis follicularis (Darier'sche Dermatose) zurechnen will. Ich hatte ja selbst darauf hingewiesen, wie gross klinisch die Aehnlichkeit ist und der einzige, welcher aus Berlin einen derartigen Fall beschrieben hat, Buzzi, stimmte mit mir in dieser grossen Aehnlichkeit überein. Aber es fehlten die sogenannten Psorospermien! Wenn nun Jarisch meint, dass auch diese nicht einmal mehr als typisch für das Bestehen der Darier'schen Dermatose angesehen werden, so liegt wie mir scheint überhaupt kein Grund vor an der klinischen Eigenart dieser Erkrankung festzuhalten. Es würde sich vielleicht verlohnen, alle in der Literatur niedergelegten Krankheitsfälle sogenannter Darier'scher Dermatose daraufhin zu revidiren, ob sie 1. einen einheitlichen Typus darstellen und 2. nicht vielleicht unter andere uns bereits sehr gut bekannte Kategorien von Hautkrankheiten wie z. B. die Ichthyosis unterzubringen sind. Bis dahin halte ich aber auch daran fest, dass der von mir auf dem Breslauer Congress berichtete Krankheitsfall zu den atypischen Formen der Ichthyosis gehört.



thyosis auch einmal atypisch verlaufen kann, indem sie nur an den sonst von dieser Erkrankung verschonten Stellen z. B. den Gelenkbeugen, Achselfalten etc. auftritt. Indessen sprechen ausser den schon von Mibelli und Respighi angeführten Gründen besonders der Verlauf der Porokeratose und der histologische Befund gegen ein Zusammenwerfen dieses Krankheitsbildes mit der Ichthyosis. Unter Anderen ist das Stratum granulosum bei der Porokeratosis nur sehr gering ausgebildet, während es bei den gewöhnlichen Warzen sowohl, als vor Allem bei der Ichthyosis hochgradig entwickelt ist. Selbst ein so eigenartiger Fall von Ichthyosis, wie ihn Giovannini[1]) beobachtet hat zeigt, doch wesentliche histologische Differenzen von der Porokeratosis. Allerdings fanden sich auch dort Prominenzen der Schweissporen, die Schweissdrüsengänge zeigten cystenartige Erweiterungen, während die Knäuel normal waren, es fanden sich auch zahlreiche Mitosen im Epithel der Schweissdrüsengänge, aber das wesentliche, was der Porokeratosis das charakteristische Gepräge verleiht, die von den Schweissdrüsenmündungen ausgehende excentrische Hyperkeratose, diese fehlte in der Beobachtung Giovannini's.

Viel wesentlicher aber als alle klinischen Gründe ist für die eigenartige Stellung dieser Dermatose das histologische[2])

---

[1]) Dieses Archiv Band XXVII 1894.

[2]) Bedauerlicher Weise fehlt in dem von Hallopeau (Annales de Dermatol. et de Syphil. 1895 p. 480) vorgestellten Falle von einer auf die Palmar- und Plantarflächen beschränkten und an den Schweissdrüsenmündungen localisirten Hyperkeratose die mikroskopische Untersuchung. Ohne diese ist es schwer zu sagen, ob nicht vielleicht jene Beobachtung ebenfalls mit zur Porokeratosis zu zählen wäre. Das Gleiche gilt für die schon früher von Besnier und Hallopeau mitgetheilten Beobachtungen, die bereits Mibelli in seiner ersten Arbeit kritisch erwähnt. Hallopeau glaubt zwar, seine Beobachtung unterscheide sich von der Porokeratose vor Allem durch die Localisation, da bei der letzteren Handteller und Fusssohlen freiblieben. Indessen scheint mir das kein genügendes Unterscheidungsmerkmal zu sein, da wir vielleicht bei weiteren Beobachtungen, welche aber vor Allem auch histologisch untersucht sein müssen, diese Stellen ebenfalls als Sitz der Porokeratosis kennen lernen werden. So zeigt besonders auch der neuerdings von Hutchins (l. c.) publicirte Fall die Localisation der Erkrankung ausser an anderen Stellen hauptsächlich auf den Palmarflächen der Hände. Wenn zwar an diesem

Bild. Ein dem Aehnliches ist bisher bei keiner anderen Affection beschrieben worden. Ich kann allerdings nicht ganz genau das histologische Bild, welches Mibelli so ausgezeichnet beschrieben hat und von dem auch Respighi nur in unwesentlichen Punkten abweicht, in meinen Präparaten wiederfinden. Das liegt aber vielleicht daran, dass sich meine beiden Patienten in dem Anfangsstadium ihrer Erkrankung befanden. Ich habe hier höchst wahrscheinlich auch histologisch das frühe Stadium der Affection zur Untersuchung bekommen, und insofern glaube ich, dass meine anatomische Untersuchung eine geeignete Ergänzung der von Mibelli erhobenen Befunde darstellt. Das lässt sich daraus schliessen, dass ich in den hyperkeratotischen oder vielmehr nach Unna parakeratotischen Partien noch Hornzellen mit deutlich färbbaren Kernen vorfinde. Dies prägt sich besonders deutlich in den mit Thionin gefärbten Präparaten aus. Doch kann ich hierin mit Mibelli übereinstimmen, dass es sich um eine hochgradige gerade in der Gegend der Schweissdrüsenausführungsgänge gelegene Hyperkeratose handelt, welche nicht nur die Ausführungsgänge der Knäueldrüsen, sondern auch die angrenzenden Partien in hohem Masse beeinflusst. Ob diese Hyperkeratose freilich stets von den Schweissdrüsenausführungsgängen ausgeht, wie es Mibelli will, oder die Hornsubstanz erst durch den keratotischen Process in die Knäueldrüsenausführungsgänge hineingelangt, wie Majocchi (l. c.) annimmt, wage ich nach meinen eigenen Untersuchungen nicht zu entscheiden.

Trotzdem bleibt aber noch immer die eigenthümliche Art von Hyperkeratose mit ihrem excentrischen Wachsthum und der centralen Betheiligung der Schweissdrüsen übrig, welche ich von keinem anderen ähnlichen pathologischen Objecte der Haut weder aus eigener Anschauung, noch aus der Literatur kenne. Denn weder bei meinen Studien des Lichen ruber planus (l. c.) noch bei gewöhnlichen Hautwarzen, mit welchen ja die Porokeratosis bei oberflächlicher Betrachtung noch die grösste Aehnlichkeit hat, konnte ich ein gleiches histologisches Bild

letzteren Falle die histologische Untersuchung leider ebenfalls fehlt, so kann man doch aus der gesammten klinischen Beschreibung wohl sagen, dass hier ein sicherer Fall von Porokeratosis vorgelegen hat.



finden. Unter anderem sind bei der Porokeratosis die Veränderungen im Corium gegenüber den Verrucae hervortretend. Den von Mibelli beschriebenen Hornpropf, welcher aus den Schweissdrüsenausführungsgängen hervorragt, konnte ich nur andeutungsweise in Taf. XIV, Fig. 4 wiederfinden. Dagegen sah ich viel häufiger das Bild, wie es in Taf. XIV, Fig. 1 und Taf. XIII, Fig. 2 und 3 abgebildet ist, nämlich den Schweissdrüsenausführungsgang von einer Hornlamelle verschlossen, während sich zu beiden Seiten hyperkeratotische Wälle erheben. Diese letzteren dehnen sich nach den Seiten hin mächtig aus (Taf. XIII, Fig. 5 und Taf. XIV, Fig. 2), während die Mitte einsinkt. Möglich dass hierbei der aus dem Schweissdrüsenporus herausragende federbuschartige Hornpfropf bereits ausgefallen ist, wie es Mibelli auch als ein zuweilen eintretendes Vorkommniss beschreibt.

Merkwürdig sind aber in meinen Präparaten die in den hyperkeratotischen Erhebungen befindlichen, lang ausgezogenen Schweissdrüsenausführungsgänge, welche theilweise sogar eine gelb verfärbte, wie es scheint hornige Masse enthalten. Meine Präparate umfassen nicht warzenförmige Bildungen, ähnlich wie sie Mibelli in einem Theile seiner Präparate (1 c) gefunden hat, wo die intraepidermidalen Abschnitte der Knäueldrüsengänge grossentheils noch durchgängig blieben, trotzdem sie in den Verhornungsprocess hineingezogen waren. Ein wesentlicher Unterschied zwischen Mibelli's Beobachtungen und meinen liegt aber in dem Verhalten der Schweissdrüsenknäuel und der Ausführungsgänge. Zur Erklärung dieser Differenzen vermuthe ich, wie schon früher gesagt, dass ich in meinen beiden Beobachtungen ein Frühstadium dieses Processes vor mir gehabt habe. Meine Patienten waren jugendliche Individuen, welche die Affection nicht so lange gehabt hatten, wie der Patient Mibelli's (Bolzani). Zu dieser Ansicht werde ich durch die Veränderung der Schweissdrüsen geführt, welche in meinen Präparaten nichts von dem nachwiesen, was Mibelli als charakteristisch beschrieben hat, und wovon ich mich auch an den Präparaten überzeugen konnte, welche Mibelli so liebenswürdig war, mir zu übersenden. Mibelli beschreibt vor allem die in der That auffälligen cystischen Erweiterungen der Schweissdrüsen, die mir von meinen Untersuchungen über



den Lichen ruber sehr bekannt waren. Solche cystischen Erweiterungen konnte ich bei meinen beiden Patienten mit Porokeratosis nicht bemerken.

Dagegen traf ich in den Schweissdrüsen eine mir höchst auffällige Erscheinung, nämlich eine grosse Menge von Karyokinesen. Im Gegensatze zu den Talgdrüsen, wo wir ja sehr häufig Kerntheilungsfiguren finden, ist es immer überraschend, aber leicht erklärlich, dass wir in den Schweissdrüsen fast nie oder nur ausnahmsweise karyokinetische Figuren constatiren können. Ich habe in einer früheren Arbeit[1]) bei meinen experimentellen Versuchen an Katzen hierauf sehr viel geachtet, aber in Uebereinstimmung mit Bizzozero und Vasale[2]) habe ich niemals daselbst, selbst nicht nach vorhergehender Pilocarpininjection Kerntheilungsfiguren finden können. Auch beim Menschen habe ich bei zahlreichen daraufhin gerichteten Untersuchungen niemals derartige Verhältnisse angetroffen. Dagegen war ich überrascht, in meinen Präparaten von Porokeratosis eine grosse Zahl von Karyokinesen zu finden, wie sie auf Taf. XIV, Fig. 6 dargestellt sind.

Ich denke mir den Vorgang unabhängig davon, ob die Hyperkeratose von den Schweissdrüsenausführungsgängen ausgeht oder nicht, so, dass nachdem die Schweissdrüsenausführungsgänge jedenfalls durch die hyperkeratotischen Massen verlegt sind, nun das Bestreben der secernirenden Theile der Schweissdrüsen hervortritt, jeden Widerstand zu überwinden. Dieser vermehrten Anspannung von Kräften, dem Verbrauch von parenchymatösen Zellen in den Schweissdrüsen, entspräche das vermehrte Auftreten von Kerntheilungsfiguren, und die hyperplastische Zunahme der Schweissdrüsen selbst,[3]) auf

---

[1]) Ueber Schweiss- und Talgdrüsensecretion. Archiv f. Anat. und Physiol. Physiol. Abth. 1891 p. 81.

[2]) Med. Centralbl. 1884 p. 77 u. 179. Virchow's Archiv 1887 p. 110.

[3]) Uebrigens will ich nicht versäumen, darauf hinzuweisen, dass nach Petersen (dieses Archiv 1893 Band XXV p. 442) die einfache Hypertrophie der Schweissdrüsen auch bei weichen Warzen, Ichthyosis, acuten und chronischen Ekzemen, sowie bei Prurigo beschrieben ist, ebenso wie Beier (dieses Archiv 1895 Band XXXI p. 337) eine hochgradige Hyperplasie der Knäueldrüsen bei einem Naevus subcutaneus (Virchow) beschreibt.

welche wir oben ebenfalls hingewiesen haben und welche wir in allen unseren Präparaten bestätigen konnten. Erst später lässt die Thätigkeit der Schweissdrüsen nach, und es findet nun eine Erweiterung der Knäuel statt, wie sie Mibelli in seinen wahrscheinlich vorgeschrittenen Stadien vor sich gehabt hat.

Auch durch die übrigen histologischen Befunde werde ich in meiner Annahme bestärkt, dass Mibelli einen viel weiter vorgeschrittenen Process vor sich gehabt hat, als ich ihn in meinen Präparaten finden konnte. Bestätigen kann ich, dass der Process mit einer starken Wucherung des Rete Malpighii beginnt. Es handelt sich hier also um keine reine Hyperkeratose, sondern es geht ihr eine Hyperakanthose voran. Aber es fehlt in meinen Präparaten im Gegensatz zu Mibelli der Stillstand der Wucherung des Rete Malpighi und das Weichen der Zellen der Stachelschicht gegenüber den sich in die Zapfen einsenkenden Hornzellen. Auch verfallen sie nicht, wie Mibelli sah, bereits in den untersten Schichten einem frühzeitigen Verhornungsprocesse, im Gegentheil, die Zellen mit gut färbbaren Kernen lassen sich sehr weit bis in die oberen Schichten der warzenförmigen Bildungen hineinverfolgen. In meinen Präparaten sah man fast überall nur eine starke Hypertrophie des Rete Malpighii, aber noch keine Atrophie desselben. Dieses fasse ich als Zeichen der Frühstadien des Processes auf, und auch Mibelli sah einzelne solche Stellen, wo das Rete Malpighii zahlreiche, zum Theil sehr lange und verästelte Fortsätze aussandte und deutlich gewuchert war. Dagegen sah ich das folgende von Mibelli beschriebene Stadium, in welchem diese Wucherung stille gestanden und darauf das Rete in seiner Gesammtheit in Folge der Compression durch die daraufgelagerte Hornschichte atrophisch geworden war, nur an äusserst wenigen Stellen. Ebenso sah ich zwar an vielen Stellen stark in die Länge und Breite gewucherte Fortsätze des Rete, welche von einem Schweissdrüsengang durchzogen waren, aber es kam noch nicht dazu, wie es Mibelli beschreibt, dass die hypertrophische Schicht bis auf die tiefsten Partien herunterstieg.

Schliesslich kann ich auch nach meinen Untersuchungen nicht mit Mibelli übereinstimmen, dass bei diesem Krank-



heitsvorgange die Haarfollikel zu Grunde gehen. Im Gegentheil muss ich hierin **Respighi** vollkommen Recht geben, dass an einigen Stellen die Haarfollikel ebenfalls an dem hyperkeratotischen Processe betheiligt sind. Es geht dies am besten aus Taf. XIII, Fig. 2 und 6 hervor. Indess stellt dieser Vorgang nur die Ausnahme dar, in der Regel geht der krankhafte Process von dem Schweissdrüsenausführungsgang aus.

Auf den Einwand, als ob die hier beschriebene Hyperkeratose nichts Eigenartiges bedeute, sondern bei vielen anderen Krankheiten, wenn auch vielleicht in vermindertem Masse vorkomme, brauche ich hier nicht einzugehen. **Mibelli** hat eingehend und überzeugend nachgewiesen, dass man zwar auch mitunter bei anderen Dermatosen ausnahmsweise einmal einen Hornkegel aus den Knäueldrüsencanälen hervorgehen sieht. Aber dieses findet dabei doch nur immer ausnahmsweise statt, und ausserdem kann das klinische Bild jener Krankheiten zu keiner Verwechslung mit der Porokeratosis Veranlassung geben. Man findet zwar auch beim Lichen ruber mitunter Anhäufungen von Hornschicht an den Schweissdrüsenausführungsgängen. Auch **Mourek** weist in seiner Arbeit über Pityriasis rubra pilaris auf Seite 88 darauf hin, dass er Anhäufungen mächtiger Hornschichten über den Ausführungsgängen der Schweissdrüsen gefunden habe, aber das ganze anatomische Bild ist doch bei der Porokeratosis ein anderes als beim Lichen ruber etc. Es bleibt also die Specifität der hier beschriebenen Hyperkeratose an den Schweissdrüsenporen bestehen, und **Mibelli** gebührt das Verdienst, die Selbstständigkeit und Eigenart dieser Affection als Erster erkannt und genauer beschrieben zu haben. Ich halte es auch für richtig, den kurzen und prägnanten Namen, welchen **Mibelli** dieser Affection gegeben hat, Porokeratosis, beizubehalten, wenn er auch nicht alle klinischen und histologischen Charaktere dieser Erkrankung umfasst. Ich sehe aber keinen Vortheil davon, wenn wir **Respighi**[1]) folgend, statt dessen die Bezeichnung Hyperkeratosis oder Keratodermia excentrica einführen wollten. Die kleinen Unterschiede, welche **Respighi**

[1]) Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle 1895. I. Ref. in Mon. f. prakt. Dermat. 1895 Bd. XXI p. 499.



in diesem letztbeobachteten Falle gegenüber seinen früheren fand, sind vielleicht ähnlich, wie ich es schon oben in meinen beiden Beobachtungen ausführte, auf die verschiedenen Stadien desselben Processes zurückzuführen.

Auf die Theorie Mibelli's von einer rein functionellen Störung der Schweissdrüsenporen, d. h. einer Störung der Schweisssecretion, welche in abnormer Weise wirkend eine Hyperkeratose erzeugen würde, wollen wir nicht eingehen, da sie nichts weiter als eine Hypothese zu sein beansprucht. Wie dem auch sein mag, meine Arbeit soll nur einen kleinen Beitrag zu den thatsächlichen Befunden bei dieser, wie es scheint, seltenen und interessanten Dermatose geben. Haben sich derartige Angaben gemehrt, dann ist es Zeit, sich an eine Hypothese heranzuwagen. An der Eigenartigkeit des klinischen Processes kann meiner Ansicht nach kein Zweifel bestehen, trotzdem noch nicht volle Uebereinstimmung über den ursächlichen Vorgang der Hyperkeratose und die Betheiligung der Schweissdrüsen besteht. Aufgabe weiterer Untersuchungen wird es nun sein, die fehlenden Theile in diesem Bilde zu ergänzen.

Was die Therapie betrifft, so will ich schliesslich noch hinzufügen, dass mir alle bisher angewandten Mittel kein definitives Resultat gaben. Weder die Salicylsäure noch eine Reihe anderer keratolytischer Mittel erwiesen sich als dauernd erfolgreich. Bei kleinen umschriebenen Stellen trat nach der Excision der erkrankten Stellen kein Recidiv ein.



Erklärung der Abbildungen auf Tafel XIII u. XIV.

Taf. XIII. Fig. 1. Die rechte Hand des zweiten Patienten. Fig. 2 bis Fig. 6. Tubus eingeschoben. Vergröss. etwa 1/40. Erklärung der Figuren 2—6 aus dem Texte ersichtlich.

Taf. XIV. Fig. 1. Vergröss. 36/1. Färbung mit Thionin-Eosin. *a* Hypertrophische Hornschicht mit färbbaren Kernen, bei s_1 von einem Schweissdrüsen-Ausführungsgang durchsetzt. *b* Rete Malpighii mit Verbreiterung der interpapillären Zapfen, bei *s* ein Schweissdrüsengang. *c* Cutis mit Gefässen und kleinzelliger Infiltration.

Fig. 2. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin. *a* Hypertrophische Hornschicht, die Färbbarkeit der Kerne erhalten. s_1 Schweissdrüsen-Ausführungsgang mit verhornter gelblich gefärbter Wandung. *b* Rete Malpighii. *c* Cutis mit Infiltrat. *t* Talgdrüsen.

Fig. 3. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin. Partie von mehr verrucösem Charakter. *a* Hypertrophische Hornschicht mit Kernen, bei s_1 von einem Schweissdrüsengang durchsetzt. *b* Rete Malpighii mit verbreiterten und stark verlängerten interpapillären Zapfen. *f* Haarfollikel. *p* Stark verlängerte Cutispapillen. *cp* Langgestreckte Capillaren. *i* Dichtes kleinzelliges Infiltrat der subpapillären Cutisschicht. *s* Schweissdrüsengang zu s_1 gehörig.

Fig. 4. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin-Eosin. Bei s_1 Mündung einer Schweissdrüse mit herausragenden, gelblich gefärbten Hornmassen.

Fig. 5. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin. *s* Ausführungsgang. s_1 Drüsenknäuel. *fg* Fettgewebe. *mz* Mastzellen.

Fig. 6. Schweissdrüsen mit Kerntheilungen der Epithelien, *k*, Färbung nach Gram. Vergröss. 330/1.



Ein seltener Fall regionärer Atheromcystenbildung (Molluscum atheromatosum Kaposi) an der Scrotalhaut.

Von

Dr. **Nicolaus Ostermayer** in Budapest.

Vom Titel verleitet, könnte in so manchem Leser der Glaube erweckt werden, dass ich in dieser Mittheilung höchstwahrscheinlich einen Fall von Molluscum contagiosum Bateman (Molluscum sebaceum Hebra, Epithelioma molluscum Virchow, Acne varioliformis Bazin etc.), eine ziemlich häufige Hautaffection beschreiben will, bei welcher es sich meist um ein gruppenweises, regionäres Auftreten von warzigen, stecknadelkopf- bis erbsengrossen, flachkugeligen, constant mit einer Delle versehenen, weisslich durchschimmernden Bildungen der Haut des Scrotum, Penis, der grossen Labien, des Mons veneris und Gesichtshaut, seltener des Halses, des Stammes und der Extremitäten handelt. Diese letzteren sind zwar, gleich den Atheromcysten, Retentionsgeschwülste der Talgdrüsen, zeigen jedoch in formeller Beziehung Unterschiede gegenüber den Atheromen, weshalb auch Kaposi[1]) zum Zweck klinischer Differenzirung die ersteren, die warzenförmigen Bildungen als Molluscum verrucosum, die letzteren cystenartigen, Molluscum atheromatosum benannt wissen will. Um dieser eventuell vorausgefassten unrichtigen Meinung keinen weiteren Spielraum zu geben, muss ich betonen, dass sich meine Beobachtung auf einen Fall bezieht, in welchem die ganze Scrotalhaut von typischen Atheromcysten, von Follikelcysten der Haarbalgdrüsen, also Molluscum atheromatosum nach Kaposi in grosser Zahl und verschiedener Grösse besetzt war, was jedenfalls zu den grösseren Seltenheiten gehört, warum ich den Fall auch mittheilenswerth halte und ihn hiemit der Oeffentlichkeit übergebe.

Zoltán D., 31jähriger lediger Telegraphenbeamter wurde am 3. Oct. 1893 auf die chirurg. Abtheilung des allg. Krankenhauses St. Johann in Budapest aufgenommen. Der Kranke gibt an, schon seit circa 6 Jahren an Geschwulstbildungen am Hodensack zu leiden. Beschwerden irgend-

[1]) Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1887.

welcher Art haben ihm jene nicht verursacht. Die Scrotalhaut war früher immer gesund; weder entzündliche noch andere Erkrankungen derselben sind vorausgegangen. Vor 4 Jahren wurde er derentwegen in einem Militärspitale antisyphilitisch behandelt, weil man sie für syphilitische Neubildungen hielt, trotzdem Kranker angeblich nie venerisch inficirt war.

Stat. praesens: Die gesammte Hodensackhaut von zahlreichen, dicht wie die Beeren einer Traube angeordneten, von haselnuss- bis stecknadelkopfgrossen, kugligen, weisslichgelb, fettartig durchschimmernden, derb elastisch sich anfühlenden Geschwülsten vorgebuchtet. Der Anblick war ein so fremdartiger, so eigenthümlicher, dass ich es noch heute bedauere, das Object nicht abbilden gelassen zu haben. Die schon an und für sich dünne Scrotalhaut war über den Geschwülsten äusserst verdünnt, gespannt und so durchsichtig, dass die gelbe Farbe des Inhalts der cystösen Neubildungen ganz saturirt hervorstach. Die grössten Geschwülste sassen an der Vorder- und Unterseite beiläufig in parallelen Linien neben der Raphe beiderseitig angeordnet. An den Seitenflächen und in der Nähe der Crena ani nimmt die Grösse der Geschwülste stufenweise ab.

Um der dringenden Bitte des Kranken — die Geschwülste zu beseitigen — nachzukommen, wurde folgendes Verfahren eingeleitet: In Chloroformnarkose wird am 6. October 1893 zunächst zu beiden Seiten der Raphe scroti beiläufig in der Mitte der Hodensackhälften je ein von oben vorn nach unten hinten das Scrotum umkreisender Schnitt vorsichtig angelegt und von diesen aus die Auslösung der grössten und grösseren Geschwülste bewerkstelligt. Wegen der Dünnheit des Balges bersten einige, entleeren ihren breiigen Inhalt, wonach der Balg auspräparirt, ausgeschält wird. Einige grössere, die ausser dem Bereiche des Schnittes liegend von diesen aus nicht erreicht werden konnten, werden mittelst separat angelegter Schnitte blossgelegt und enucleirt. Die hanfkorngrossen und noch kleineren Knötchen werden mit dem glühenden Spitzbrenner des Paquelin'schen Thermocauter zerstört, damit ein weiteres Wachsen, eine Zunahme der Geschwülste verhindert wird und eine Recidive nicht eintritt. Zum Schluss werden die zwei langen Schnitte genäht und ein Jodoformgazewattaverband angelegt.

Die Heilung verlief anstandslos, so dass der Kranke am 21. Oct. vollkommen geheilt entlassen werden konnte. Nach einem Monate stellte er sich vor und fand ich schon zu dieser Zeit einige hirsekorngrosse, weissliche, neuentstandene Knötchen. Sie wurden so wie bei der ersten Gelegenheit mit dem Paquelin zerstört.

Die anatomische Untersuchung der exstirpirten Tumoren ergab eine vollkommene Identität dieser mit den gewöhnlichen Atheromcysten, sowohl bezüglich der Structur des Balges als auch des Charakters des Inhalts.

Durch Zufall bekam ich den Kranken Mitte März 1897 zu Gesicht, wobei die Untersuchung des Scrotums wohl weissliche Narben, jedoch keine Recidive aufwies.



Ueber die Behandlung des Lupus vulg. mit besond. Berücksichtigung der Thiersch'schen Transplantationsmethode.[1]

Von

Dr. **J. Fabry** in Dortmund.

Die folgenden Zeilen sollen eine Fortsetzung sein des in der Festschrift des Arnsberger Vereins veröffentlichten Aufsatzes über die tuberculösen Erkrankungen der Haut.[2]) Dort konnte die Behandlung nur kurz gestreift werden und wurde in erster Linie Werth darauf gelegt, an der Hand eigenen Beobachtungsmaterials die Hauptformen der Hauttuberculose zu besprechen, deren strenge Scheidung vorwiegend durch die Arbeiten von Friedländer, Koch, Doutrelepont, Leloir, Chiari, Riehl, Lang u. A. nicht mehr anzufechtende Thatsachen geworden sind.

Ein Blick in die modernen Lehrbücher lehrt uns denn auch, dass die Trennung der Hauttuberculose in die drei wesentlichsten Repräsentanten: Lupus, Scrofuloderma und Tuberculose der Haut im engeren Sinne resp. tuberculöses Geschwür heute allgemein anerkannt ist als eine in dem pathologisch-anatomischen wie klinischen Befund hinreichend sich begründende wissenschaftliche Wahrheit.

---

[1]) Nach einem im Verein der Aerzte des Regierungsbezirks Arnsberg gehaltenen Vortrage.

[2]) Fabry. Ueber die tuberculösen Affectionen der Haut. Festschr. des ärztl. Vereines des Reg.-Bez. Arnsberg. 1893.

Auch hier hat sich einmal wieder das gezeigt, was in allen Zweigen der Wissenschaft Erfahrung ist, dass anerkannte Wahrheiten jedem so einfach und plausibel erscheinen, dass man schon kurze Zeit nachher nicht mehr verstehen kann, wie die Ansichten hierüber so sehr getheilt waren; und doch sollte noch vor nicht vielen Jahren der Lupus überhaupt kein Anrecht darauf haben, als Tuberculose der Haut mitgezählt zu werden.

In meiner bereits citirten Arbeit war die Literatur über die Tuberculose der Haut im Allgemeinen und den Lupus im Speciellen zusammengestellt vom Jahre 1869 bis zum Jahre 1889 (es lag ursprünglich in unserer Absicht, in dieser Publication die Literatur bis zum Jahre 1895 nachzutragen, jedoch fanden wir diese schön übersichtlich zusammengestellt bei von Winiwarter, chirurgische Erkrankungen der Haut und des Zellgewebes, ferner bei Leloir, Traité pratique, theorique et therapeutique de la Scrofulotuberculose. Paris 1892); diesen Zeitraum muss ja auch derjenige eingehender würdigen, der es unternimmt, über Lupusbehandlung zu schreiben.

Zuvor sei nun ein kleiner Excurs gestattet in frühere Zeiten; dieser kann natürlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit machen; dazu stehen mir weder Zeit noch Mittel zur Verfügung.

Es ist ja bekannt, dass die Bezeichnung Lupus von Willan und Bateman herrührt; die Erkrankung ist natürlich viel älter; erwähnt doch schon Hippokrates fressende Flechten, ebenso Celsus und die Uebersetzer der arabischen Schriften; aber wer leistet uns Gewähr dafür, dass nicht alle möglichen ulcerösen Processe, seien dieselben Folgen von Lepra, Lues oder Carcinom confundirt wurden?

Bateman (1835) kann kein Arzneimittel nennen, welches von irgend einem wesentlichen Nutzen bei der Heilung gewesen wäre; er führt an Messer und Kaustik, Argentum nitricum, Calomel mit Arsenpulver und Arsen innerlich.

Aehnlich Alibert (1838), der neben einer übergrossen Schaar von internen Mitteln doch die äusseren Mittel bevorzugt; es wird ebenfalls Argentum nitricum empfohlen nach vorheriger Reinigung der Geschwüre. Wenn der Schorf sich abgestossen hat, abermalige Application

[1]) Batemann. Prakt. Darstellung der Hautkrankh. 1835.

[2]) Alibert. Nosologie naturelle ou les malad. du corps humain. 1838.

von Höllenstein und so fort; es ist keine Frage, dass mit Höllensteinbehandlung einzelne Fälle, die von Natur günstig im Verlauf, vielleicht geheilt, viele wohl gebessert wurden. Die Chirurgen empfehlen nach diesem Autor Linimentum volatile, l'esprit de rosmarin, er empfiehlt warm die „Pommade stibiée des Allemands" und spricht bei Anwendung dieses Mittels von einem Exanthême arteficiel, das eine heilwirkende Entzündung verursacht. Endlich werden empfohlen Luftveränderung, Seebäder und Douchen, wohl ut aliquid fiat. Interesse hat immerhin der Hinweis, dass künstlich eine Entzündung durch Anwendung einer Aetzpaste herbeigeführt wird, durch deren Schwinden der krankhafte Process mit beeinflusst wird; es ist das ja das Prinzip der Heilwirkung aller Aetzmittel.

Bei Cazenave und Schedel[1]) (1839) finden wir schon eine Eintheilung in oberflächlich zerstörenden Lupus, in tief zerstörenden Lupus und in Lupus mit Hypertrophie, eine Eintheilung, die im Grossen und Ganzen auch heute noch zu Rechte besteht. Zur allgemeinen resp. internen Behandlung wird Kalkwasser, Eisen und Schwefeleisen empfohlen; örtlich wenden dieselben an zur Verheilung nicht exulcurirter Fälle Quecksilber und Jodpräparate. „Sollte dabei ein Erythem oder gar ein Erysipel entstehen, so kann das nur heilsam sein." Also auch hier wieder die Idee von der künstlich hervorgerufenen Entzündung, die heilwirkend sein soll. Als Kaustica dienen: Höllenstein, Kalium causticum, Butyrum Antimonii, Arsenikteich des frère Côme, also die allbekannten Aetzmittel; noch bis in unsere Zeit werden manche davon zuweilen von Fuschern als Geheim- und Wundermittel verwendet.

Rayer (1839)[2]) theilt den Lupus ein in L. exedens und Lupus non exedens; hier wird der Anwendung des Glüheisens insofern Erwähnung gethan, als gesagt wird, dieselbe sei wieder ausser Gebrauch gekommen; eine so schmerzhafte Behandlung konnte ja auch erst unter Unterstützung der Narcose festen Fuss fassen, wie das ja in den späteren Jahrzehnten und besonders nach Erfindung des Paquelin'schen Benzin Platinabrenners in der That der Fall war. Rayer gibt ein ganz neues Princip der Behandlung; er habe, um den lupösen Process einzudämmen, ringsum Einschnitte gemacht oder kauterisirt, um so eine Narbenbildung herbeizuführen, die der Lupus nicht überschreiten sollte; leider musste Rayer selbst schon einsehen, dass diese Methode der Behandlung jenen gewünschten Erfolg nicht hatte.

Bei Fuchs[3]) (1840) ist die Eintheilung der Lupusformen folgende:

[1]) Cazenave und Schedel. Praktische Darstellung der Hautkrankheiten. 1839.

[2]) Rayer. Theoretische und praktische Darstellung der Hautkrankheiten. Deutsche Uebersetzung Stammins. 1839.

[3]) Fuchs. Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge. 1840.



1. Lupus exedens (eine Varietät ist der L. exedens sine tuberculis; hier finden wir zuerst die Bezeichnung Lupusknötchen).

2. Lupus excorticans oder der schuppige Hautwolf, was wohl unserem Lupus exfoliatious und serpiginosus entsprochen haben mag.

3. Lupus tumidus; wir vermuthen hierbei den Lupus mit chronisch ödematöser Schwellung.

4. Lupus exuberans (Framboesia sen sycosis scrofulosa; unzweifelhaft der Lupus papillaris oder hypertrophicus, dessen Bezeichnung als Framboesia klinisch gewiss zutreffend ist).

Von diesem Autor werden im Allgemeinen dieselben interna und externa empfohlen; besonders wird der Anwendung der Jodpräparate das Wort geredet: Jodtinctur, Jodsalbe, Jodwasser.

Von späteren sei Anderson[1]) (1863) angeführt, der die ev. diagnostische Schwierigkeit zwischen Lupus und Eczema hervorhebt und darauf aufmerksam macht, dass Lupus sehr oft mit Drüsen- und Knochenscrophulose combinirt ist; man brauchte nur für Scrophulose Tuberculose zu substituiren und würde glauben können, ganz moderne Lehren zu hören. Eine sehr erschöpfende und lehrreiche Darstellung über Lupus vulgaris aus der Feder Kaposi's finden wir in dem Handbuch von Hebra und Kaposi;[2]) hier ist auch die Geschichte eingehend gewürdigt. Dort wird nun im Jahre 1876 der Lupus noch definiert „als eine nicht ansteckende und nicht erbliche Krankheit der allgemeinen Decke und der ihr angrenzenden Schleimhautpartien, bei welcher in chronisch sich fortspinnenden Eruptionen stecknadelkopfgrosse, hirsekorngrosse braunrothe, nicht schmerzhafte, derbe, in das Hautgewebe gleichsam eingesenkte Knötchen erscheinen, die in einem äusserst lentescinirenden Verlaufe bis zu linsen- und erbsengrossen Knoten und grösseren confluirenden Infiltraten sich entwickeln, alsdann aber durch Ulceration oder Involution verschwinden und an ihrer Stelle wirkliche Narben und narbige Atrophie der Haut veranlassen.“ Abgesehen von der Auffassung des Lupus als nicht erbliche und nicht infectiöse Erkrankung wird man die meisterhafte Darstellung und Auffassung bis ins kleinste Detail bewundern müssen.

Wir müssen auch heute, ehe wir zum eigentlichen Gegenstande, der Behandlung des Lupus übergehen, einige Augenblicke bei der pathologischen Anatomie verweilen und dieselbe kurz vom mikroskopischen und makroskopischen Standpunkt beleuchten, schon in der einfachen Ueberlegung, dass dadurch die Abhandlung der Therapie wesentlich erleichtert wird.

[1]) Anderson, A. Practical Treatice upon Eczema, in cluding its Lichenous, Impetiginous, and Pruriginous varitiés. 1863.

[2]) Hebra und Kaposi. Lehrbuch der Hautkrankheiten. I. Band. 1874. II. Bd. 1876



Untersuchen wir einen senkrechten Schnitt durch tuberculöse Haut, so finden wir bekanntlich und zwar gewöhnlich in den oberflächlich gelegenen Schichten der Cutis eine Neubildung, die sich auf Kosten respective unter Verdrängung des normalen collagenen und elastischen Gewebes entwickelt hat und diese Neubildung ist uns ein alter, wenn auch nicht gern gesehener Bekannter, nämlich der Tuberkel, den wir bei jeder Form der Tuberculose und in jedem Organ finden, wo sich tuberculöse Erkrankung entwickelt.

„Ein feinstes Gewebe zartester Fasern und darin vertheilt enthalten zahlreiche epithelartige Zellen, das — Plasmom Unnas — und hie und da einzelne Riesenzellen und, wenn wir bei der Untersuchung Glück haben und die nöthigen Vorfärbungen anwenden, einzelne Tuberkelbacillen. Das ist in allgemeinen Zügen gegeben, die pathologisch-anatomische Beschreibung des Tuberkelknötchen; die pathologisch-anatomische Einheit des Tuberkelknötchens ist nicht zu verwechseln mit der höheren klinischen Einheit des Lupusknötchens; in einem mikroskopischen Schnitt durch ein einzelnes Lupusknötchen finden sich immer zahlreiche Tuberkelknötchen oder miliare Tuberkel. Wir mussten der Vollständigkeit halber auch auf diese fundamentalen Sachen eingehen und wollen aus demselben Grunde noch einige Augenblicke bei der Histologie verweilen.

Während nun an inneren Organen, besonders in den Lungen, dem Lieblingssitz des Tuberkelbacillus und des Tuberkels gar schnell der krankhafte Process bis zur Verkäsung Fortschritte macht, scheinen in der Haut die Bedingungen für das unheilvolle Wirken des Bacillus insofern ungünstigere zu sein, als ein Zerfall des Gewebes nicht so leicht wie anderwärts eintritt, leider aber entschädigt sich hier die Krankheit hinreichend durch die Zähigkeit und Hartnäckigkeit, mit der sie sich einnistet und, wenn auch zumeist langsam, so doch mit unfehlbarer Gewissheit fortschreitet und der gesunden Haut immer mehr Terrain abgewinnt. Wer, wie ich hier in Westphalen Gelegenheit hat, sehr oft weit vorgeschrittene und furchtbar entstellende Lupusfälle zusehen — denn in Westphalen im Münsterlande sowohl wie im hiesigen dichtbevölkerten



Industriebezirke ist diese scheussliche Krankheit sehr verbreitet, entschieden häufiger wie in der Rheingegend, dem kommt leicht der Gedanke, dass der Lupus mit seinen Entstellungen und auch Verstümmelungen die Erbschaft der früher in Deutschland so verbreiteten Lepra in gewissem Sinne übernommen hat.

Histologisch ist nun in der Haut der Krankheitsprocess mit dem Auftreten des Tuberkels nicht abgethan, vielmehr involvirt dies Veränderungen secundärer Natur in der Epidermis. Wir finden in manchen Fällen den epithelialen wie den bindegewebigen Papillarkörper hypertrophisch, in anderen atrophisch, in anderen hinwiederum eitrige Einschmelzung des Gewebes bis zur Ulceration, eine Folge des früheren Stadiums, der kleinzelligen Infiltration längs den kleinen Capillaren der Cutis und sich fortsetzend bis in's subcutane Gewebe. Oft finden wir alle jene histologischen Details in einem und demselben Präparate respective in Schnitten eines und desselben Falles vereinigt. Wir sind ja gewohnt, den Lupus klinisch zu scheiden in Lupus hypertrophicus, atrophicus sc. exfoliativus und exulcerans und wissen aus Erfahrung, dass in einigermassen fortgeschrittenen Fällen fast immer alle Formen zusammen vorhanden sind und von der krankhaften Haut abgelesen werden können.

Makroskopisch oder klinisch lässt sich nach den in vivo bei der Operation gewonnenen Befunden der Lupus scheiden in zwei Hauptgruppen, wenn ich so sagen darf, in einen centripetalen und einen centrifugalen Lupus. Mit anderen Worten und an Beispielen illustrirt. Aus unbekannten Gründen oder sagen wir durch Impfung — es sind hinreichend Fälle von durch Impfung entstandenem Lupus beschrieben — ist an der äusseren Haut ein aus ganz wenigen winzigen Knötchen zusammengesetzter Lupus entstanden. Lange Zeit bleibt die ursprünglich wenig auffällige Erscheinung auf demselben Standpunkt stehen, bis auf einmal vielleicht erst nach Jahren geschwüriger Zerfall und Tiefergreifen des Processes eintritt, Vergrösserung und Ausdehnung dieses tuberculösen Primäraffectes, Infection der benachbarten Drüsen, endlich Weitergreifen des Processes auf das widerstandsfähigere Bindegewebe, auf Knorpel- und Knochensubstanz.

Das ist das Bild eines centripetalen Lupus und gleich die Nutzanwendung hierzu. Wären jene primären Knötchen sofort excidirt worden, man hätte dann die Krankheit im Keime erstickt und die weiteren Verheerungen wären nicht entstanden.

Leider macht nur zu oft die Aengstlichkeit der messerscheuen Patienten und die Zaghaftigkeit der Angehörigen unserem therapeutischen Wollen einen Strich durch die Rechnung. Nichtsdestoweniger soll die Entfernung mit dem Messer als die conditio sine qua non für die Behandlung strenge verlangt werden; nur ja nicht die günstigste und beste Zeit verlieren mit der Anwendung von Aetzpasten, Aetzstiften und Salben. Je bestimmter wir die Nothwendigkeit eines operativen Eingriffes verlangen, um so öfter wird man doch vernünftigen Rathschlägen Folge leisten.

Und nun umgekehrt zwei Beispiele eines centrifugalen Lupus. Eine Patientin consultirt uns — es handelt sich hier um einen von uns selbst erlebten Fall und ich kann Ihnen heute die Patientin demonstriren — wegen eines haselnussgrossen fluctuirenden Knotens links am Kinn; sonst ist absolut nichts Krankhaftes nachzuweisen; der kleine Abscess wird entleert; Patientin consultirt uns erst nach Monaten wieder und siehe da, um das primäre Scrofuloderma hat sich ein Lupus disseminatus entwickelt und auch treten schon versprenkelte Knötchen an der Nasenspitze auf. Wir rathen nunmehr auf das energischeste zur sofortigen Vornahme einer gründlichen Operation, aber durch die Nachlässigkeit der Patientin vergehen wieder Monate, ohne dass etwas geschehen kann und als nun endlich Patientin wieder kömmt, präsentirt uns dieselbe einen sehr ausgedehnten Lupus der Gesichtshaut, vorwiegend der linken Gesichtshälfte, der der Behandlung recht viele Schwierigkeiten machte, wiederholt operirt wurde und zwar mit Excision und Transplantation und schliesslich doch noch zu einem befriedigenden Heilresultate geführt hat.

In einem anderen Falle unserer Beobachtung will ein Lupus exulcerans der Hand nach mehrfachen gründlichen Ausschabungen und Cauterisationen nicht heilen und wie wir, natürlich in Narcose, genauer zusehen, finden wir, dass an einer



Stelle der tuberculöse Process sich in eines der Fingergelenke fortsetzt und hören bei darauf hin angestelltem Examen, dass das Kind ursprünglich einen geschwollenen Finger — Spina ventosa — hatte, dass derselbe bald aufbrach und dass im Anschluss daran der Lupus der Haut an den Fingern sich entwickelte.

Folgende Krankengeschichte, als Beispiel dafür, dass sich nach einem primären tuberculösen Knochenleiden ein Lupus der Haut entwickelt, halten wir gleichfalls einer ausführlicheren Mittheilung werth.

Es handelt sich um den 45 Jahre alten Maschinisten Heinrich Grote aus Lasphe bei Iserlohn.

Nach der Anamnese erkrankte Patient in seinem 18. Lebensjahre mit Schmerzen oberhalb der rechten Kniegegend und mit Schüttelfrost. Andauernd hatte Pat. heftige Schmerzen im Knie, etwa $^1/_2$ Jahr lang; dann bildete sich die Krankheit wieder zurück, bis nach einem Jahre plötzlich neue Schmerzen auftraten und bald oberhalb des Knies Eiter durchbrach. Dieser Abscess heilte mit einer Fistel, die mehrmals geheilt gewesen sein soll, aber stets wieder von Neuem aufbrach und die also Patient fast ununterbrochen annähernd 20 Jahre mit sich herumtrug, ohne dass dieselbe geheilt wäre.

Vor sieben Jahren nun bekam Patient — an der äusseren Haut waren bis dahin krankhafte Veränderungen noch nicht bemerkt worden — am rechten Unterschenkel ein Geschwür („Beule"), das incidirt wurde, aber nicht heilen wollte; im Gegentheil entwickelte sich im Anschluss daran eine Erkrankung der Haut des ganzen Unterschenkels. Seit 6 Wochen fängt auch am linken Unterschenkel ein Exanthem an sich zu entwickeln. Wir glauben nicht zu irren, wenn wir nach der Erzählung des Patienten annehmen, dass der rechte Unterschenkel im Anschluss an den Abscess im ersten Stadium ganz ähnlich erkrankt ist.

Der objective Befund war nun bei der Aufnahme des Patienten am 29./IX. 1895 folgender:

Am linken Unterschenkel im unteren Drittel besteht ein oberflächliches, etwas nässendes Hautekzem. Am rechten Oberschenkel findet sich an der Vorderseite etwa 8 Cm. über dem Knie ein 5 pfennigstückgrosser Defect der Haut, von dem aus man nach oben mit der Sonde in eine tiefe Tasche gelangt.

Der ganze Unterschenkel ist kolossal elephantiastisch verdickt, mit einem $^1/_2$ Cm. dicken Schuppenbelag bedeckt, also eine auffallend starke Epidermisabschuppung; nach Entfernung dieser Schuppen tritt eine nässende excoriirte Hautfläche zu Tage und darunter mächtige hypertrophische respective papillöse Excrescenzen. In der Mitte des Unterschenkels ein grosses Ulcus. Am Rande finden wir neben den papillösen Wucherungen typische Lupusknötchen. Patient ist sehr herunter gekommen und schleppt

nur mühsam den schweren klumpigen Fuss nach sich; er ist seit längerer Zeit arbeitsunfähig und in Folge des schauderhaften Geruches, den das schmutzige eiternde Geschwür im Verein mit den zersetzten Epithelschuppen verbreitet sich selbst und anderen sehr zur Last geworden. Deshalb wurde Patient von Sanitätsrath Dr. Becker's dem hiesigen städtischen Krankenhause überwiesen.

Die Diagnose lautete: Tuberculöse Ostitis des rechten Unterschenkels, Lupus hypertrophicus und Elephantiasis des rechten Unterschenkels und Fusses, tuberculöses Ekzem des linken Unterschenkels.

In Narkose wurden die ganzen hypertrophischen Partien in der ganzen Peripherie des Unterschenkels mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, was bei der grossen Ausdehnung des Lupus und bei der relativen Festigkeit des Gewebes eine recht mühsame Arbeit war.

Die heftige Blutung wurde durch Compression gestillt und vor Allem Sorge getragen, die Geschwürsfläche mit Scheere und Pinzette oder mit dem Messer zu säubern und schliesslich konnten wir uns wohl nach langer mühsamer Arbeit sagen, dass wohl alles Lupöse entfernt sein müsste.

Um nun die Elephantiasis in zweiter Linie zu beseitigen, wurden in der ganzen Peripherie mit dem Messer vom Knie bis zu der Fussspitze reichende, tiefe, weit in's subcutane Gewebe reichende Entspannungsschnitte, etwa 30—40 an der Zahl gelegt. Abermals starke, hauptsächlich venöse Blutung. Dann wurde ein Compressionsverband angelegt. Zum Schlusse wurde die Fistel am Oberschenkel breit gespalten, ausgekratzt, kauterisirt und dort ebenfalls eine Jodoformgazetamponade mit Compression angelegt. Das Ekzem am linken Oberschenkel wurde mit starker Argentumnitricumlösung (10%) geätzt und mit Salbe (Borglycerinlanolin) verbunden. Am 4. Tage wurde der erste Verband gewechselt; die elephantiasiastische Schwellung hat schon merklich abgenommen in der ganzen Peripherie des Unterschenkels finden sich gereinigte Geschwüre mit zum Theil beginnender guter Granulation; es wurden nun Patienten auf die ganzen lupösen Flächen 5%ige Höllenstein-Umschläge verordnet fast ununterbrochen etwa 4 Wochen lang nach der Operation; nach 6 Wochen sind alle Ulcerationen tadellos geheilt, nirgends eine Spur von Lupusknötchen bemerkbar und der Umfang des rechten Beines ist nicht grösser wie der des linken.

Patient musste nichts destoweniger noch weitere 6 Wochen im Krankenhause verbleiben, weil die Fistel am Oberschenkel nicht heilen wollte.

Es wurde deshalb in Narkose die Fistel nochmals breit gespalten, der Knochen des Oberschenkels freigelegt, muldenförmig aufgemeisselt, und ein reichlich bohnengrosser Sequester entfernt; die Fistel communicirte, wie sich nun ergab, mit einem im Knochenmark gelegene tuberculösen Erkrankungsherd. Derselbe wurde mit Hammer und Meissel breit freigelegt, kauterisirt und tamponirt; auch hier erfolgte nun nach weiteren 6 Wochen völlige Heilung und Patient konnte wieder als vollständig arbeitsfähig entlassen werden. Wir hatten auf diese Weise Gelegenheit uns zu über-

zeugen, dass die Heilung des Lupus der Haut des Unterschenkels eine dauernde blieb und dass die Elephantiasis völlig geschwunden war.

Hier haben wir also in extenso wiedergegeben die Krankengeschichte eines Lupus verrucosus oder papillosus, der sich im Anschluss an eine primäre tuberculöse Erkrankung des Oberschenkelknochens entwickelt hat; wir konnten daher Patienten nicht eher als geheilt betrachten, bis auch diese chirurgische Grundursache beseitigt war. Und ähnlich die beiden vorhergehenden Fälle, wo auch die chirurgische Erkrankung die primäre war und daran schloss sich die Erkrankung der Haut.

Meine Ansicht über die nicht so ganz seltene Entwickelung eines Lupus im Anschluss an Scrofuloderma und tuberculöse Knochen- und Gelenkentzündungen, die seinerzeit nicht überall von der Kritik anerkannt wurde, muss ich auch heute noch vollständig aufrecht halten; man muss sich nur eben die Mühe nehmen und die Anamnese genau erheben, dann hört man oft genug, dass bei einem Lupus des Gesichtes oder Armes Drüsenvereiterung das Primäre war und dass im Anschluss an eine Incision oder nach spontanem Durchbruch Lupus in der Nähe und um die Narbe oder Fistel entstand; in anderen Fällen beobachten wir das Auftreten von Lupus in der Knie- oder Ellenbogengelenksgegend und hören, dass vorher Schwellung und eitrige Entzündung des benachbarten Gelenkes vorhanden gewesen ist. Hier handelt es sich also nicht um Muthmassungen, sondern um exacte klinische Beobachtungen; und zugegeben, dass diese Beobachtungen in der Literatur selten mitgetheilt sind; umsomehr lag uns daran, darauf aufmerksam zu machen, was mir Chirurgen immer zugegeben und selbst beobachtet haben, dass der secundär im Anschluss an eine primäre tuberculöse Drüsenvereiterung oder tuberculöse Knochen- und Gelenksentzündung entstehende Lupus eben doch nicht so selten ist. Wohl mag er weniger oft dem Dermatologen wie dem Chirurgen begegnen.

Weiter haben wir klinisch oft beobachtet, dass die schon angedeutete Complication des Lupus mit Bindegewebstubercu-

[1] Fabry, l. c.



lose, mit Tuberculose des Knochen- oder Knorpelgewebes die Ursache ist, weshalb eine Heilung des Lupus der Haut überhaupt nicht eintritt oder doch nicht Stand hält. Man soll daher im einzelnen Fall sich nicht begnügen, die Diagnose Lupus gestellt zu haben, sondern sich auch noch die Unterfrage vorlegen: ist der tuberculöse Process ausser in der Cutis auch in tiefer liegenden Geweben etablirt und müssen wir auch diese Tuberculose beseitigen? Allerdings ist sehr oft die Beantwortung der zweiten Frage erst bei der Operation möglich, wie wir es bei dem folgenden Falle erlebten.

Ein junger Mensch (Fall Hasenkamp) leidet an einem ganz umschriebenen Lupusherd unterhalb des rechten Auges und wurde dieserhalb mehrmals ausgeschabt und kauterisirt; nichtsdestoweniger trat bald ein Recidiv ein; als wir Patienten abermals operierten, bemerkten wir, dass der Jochbeinfortsatz des Oberkiefers erkrankt, vom Periost entblöst und rauh war; es wurde nun das Krankhafte am Knochen mit Hammer und Meissel entfernt und dann gleichzeitig der Lupus behandelt; hier ergab sich erst die richtige Diagnose bei der Operation, während man vorher nichts anderes hatte annehmen können, wie einen Lupus vulgaris exulcerans der Gesichtshaut und derartige Beobachtungen sind häufiger wie man denkt. Nach diesen allgemeinen Expositionen wollen wir nun zum eigentlichen Thema übergehen und uns die Frage zu beantworten suchen, die wir uns vorgelegt haben: Welches ist die zweckmässigste Behandlung des Lupus, d. h. welche Methode ist am besten im Stande, das Krankhafte gründlich zu entfernen und leistet dabei auch in kosmetischer Beziehung am meisten und dabei in kürzester Zeit? Die Beantwortung dieser Frage ist nicht so einfach, nicht zum geringsten Theil deshalb, weil eine so grosse Zahl von Medicamenten und Methoden angegeben sind, über die der einzelne Praktiker nicht ausreichende Erfahrungen sammeln kann, dann aber ist es gerade bei Lupuskranken schwer, hinsichtlich des Erfolges oder Misserfolges der Therapie über Jahre hinaus Beobachtungen anzustellen, da die Patienten selbst nur zu oft den Arzt und die Methode wechseln. Wir sind daher zum Theil auf das Urtheil anderer Autoren angewiesen, die einzelne Medicamente besonderer Prüfung unter-



zogen, anderntheils müssen wir froh sein, doch wenigstens eine geringe Zahl von Beobachtungen bieten zu können, die über eine ganze Reihe von Jahren von uns verfolgt werden konnten.

Sehen wir uns nun die Literatur der Lupusbehandlung etwas genauer an, so müssen wir gestehen, dass bis in die neueste Zeit eine Anzahl von Medicamenten äusserlich anzuwenden, angegeben worden sind, die mit Rücksicht auf den Sitz der tuberculösen Erkrankung einen besonderen Erfolg nicht haben können.

Damit treten wir also ein in die Besprechung der vielfach geübten Methode der chemischen Behandlung. Es ist hier vorher nothwendig, sich zu einigen über das Princip der Behandlung und die Anforderungen, die im Allgemeinen an jede Methode gestellt werden müssen. Wir müssen zunächst streng scheiden, ob irgend eine Medication einen Lupus bessert, an einzelnen Stellen zur Heilung bringt, oder aber ein radicaler Erfolg erzielt wird; jeder wird zugeben müssen, dass damit nicht viel erzielt ist, wenn es gelingt, Lupusstellen, vielleicht exulceirte oberflächlich zum Heilen zu bringen, während in der Tiefe der Process unberührt bleibt, im Gegentheil leider weiter zerstört. Die Erfahrung lehrt zur Genüge, dass eine solche Besserung nur scheinbar und nicht von Dauer ist.

Es ist zu bekannt und verdient kaum angeführt zu werden, dass einfache Wasserdunstverbände einen exulcerirten Lupus insofern beeinflussen können, dass die Krusten abweichen und durch die einfache Reinigung und Reinhaltung hie und da Vernarbung eintritt.

Setzen wir diesen feuchten Umschlägen irgend ein Desinficiens in der gewöhnlichen Concentration Carbolsäure, Sublimat, Creolin, Lysol, Borsäure, Argentum nitricum zu, so muss naturgemäss der Erfolg in dieser Richtung ein noch bedeutenderer sein. Hier handelt es sich schon um eine Behandlungsweise, deren wir auch bei fast allen später zu besprechenden Methoden kaum entrathen können, wenigstens als unterstützende Hilfsmittel und wir wollen deshalb hier einen Augenblick verweilen. Bekannt sind die störenden Sublimat- und Carbolekzeme bei der Nachbehandlung des Lupus; wir sahen sie oft genug bei Sublimat 1:4—5000, $^1/_2$%—1% Carbollösungen; Creolinlösungen



haben nun entschieden den Vorzug, dass bei ihnen derartige Störungen durch arteficielle Ekzeme kaum beobachtet werden; wir ziehen daher Creolin den erstgenannten desinficirenden Mitteln bei weitem vor; kommt es uns aber darauf an, eine tiefergehende Wirkung bei der Nachbehandlung beispielsweise nach einer Ausschabung zu erzielen, so applicirten wir wochenlang täglich mehrmals Höllensteindunstverbände und zwar in Concentrationen von 2%—10% und diese letztere Behandlung bis zur völligen Vernarbung — es sei nochmals hervorgehoben — nur zur Nachbehandlung bei Anwendung anderer Methoden. Insbesondere zu üppige Granulation, bei Lupus eine fast regelmässige Erscheinung, wird so bequem in Schranken gehalten und wir brauchen dann den immerhin sehr schmerzhaften Höllensteinstift in diesen Fällen nicht anzuwenden; die Application der Höllensteinlösungen, auch der concentrirteren verursachen wenig und nur geringe Zeit anhaltenden Schmerz.

Wenn wir nun uns zu den weiteren Mitteln wenden, die angepriesen wurden, durch chemische Einwirkung den Lupus zu beeinflussen und zu heilen, so müssen wir im Hinweis auf unsere vorhergehenden pathologisch-anatomischen Reflexionen ihnen einen besonderen therapeutischen Erfolg deshalb absprechen, weil sie nicht tief genug vordringen zu dem eigentlichen Sitz der Erkrankung. Dies ist auch wohl der wahre Grund, weshalb Anthrarobin, Perubalsam, Hydroxylamin sich in der That in der Praxis nicht eingeführt haben und einführen konnten.

Und was diese Skepsis anlangt, so kann ich auch das viel gerühmte Salicylcreosotpflaster Unna's nicht ganz davon ausschliessen, wenngleich man von manchen Seiten Rühmenswerthes hört. Ich führe hier zwei Fälle an, die mit Salicylkreosotpflaster anderwärts behandelt worden waren.

In dem einen Falle handelte es sich um einen etwa fünfmarkstückgrossen Lupus der rechten Wange, der mit wunderschöner glatter Narbe geheilt war; aber die Narbe war, was uns auffallend war, denn doch sehr roth und wenn man mit dem Finger über die Narbe intensiver herstrich, so konnte man in der Tiefe Knötchen durchschimmern sehen. Es war also nur eine scheinbare Heilung und wird auch wohl das Recidiv nicht ausgeblieben sein. Die Methode der Phaneroskopie (Liebreich, Unna) als diagnostisches Hilfsmittel bei Lupus war damals noch nicht veröffentlicht; es ist heute wohl allgemein anerkannt, dass vermittels derselben



Knötchen entdeckt werden können, die bei noch so grosser praktischer Uebung und Erfahrung mit blossem Auge nicht zu sehen sind.

Der zweite Fall ist augenblicklich im hiesigen Krankenhause in unserer Behandlung; Fräulein Dr. aus Dortmund, 18 Jahre alt. Eine fünfmarkstückgrosse Stelle auf der linken Wange ist tadellos geheilt; dagegen sind im Bereiche zweier annähernd gleich grosser Stellen auf der rechten Wange in der Gegend unter dem Auge und vor dem linken Ohre Recidive eingetreten; und dasselbe ist zu sagen von verchiedenen disseminirten grösseren Flecken an den Armen auf dem Dorsum beider Hände, an den Oberschenkeln, in der Glutaealgegend, vor allem ist fast der ganze linke Vorder- und Oberarm an Streck- und Beugeseite von einem grossen Recidiv im Bereiche weiss glänzender Narben befallen. Es gelang uns an den Armen und Händen verschiedene Stellen zu excidiren und durch primäre Naht zum Verheilen zu bringen. Im Gesicht haben wir excidirt und nach Thiersch transplantirt. Doch davon später, am Vorderarm haben wir einfach tief kauterisirt und mit 10% Höllenstein-Umschlägen behandelt.

Unsere Ansicht über Salicylkreosotpflasterbehandlung ist also die, dass das Mittel wie kaum eines im Stande ist, oberflächliche Lupus-Ulcerationen zum Heilen zu bringen und dass dabei schöne glatte Narben entstehen, aber auch bei Combination des desquaminirend wirkenden Salicyl — vergleiche hierüber die Arbeiten Unna's und seiner Schüler — mit dem desinficirenden Creosot, das ja besonders als Specificum gegen Tuberculose gerühmt wird, kommt für den Lupus keine ausreichende Tiefenwirkung zustande und das haben uns die eben mitgetheilten Krankengeschichten zur Evidenz gelehrt.

Selbst die als schärfere reducirende Mittel auch für die Behandlung von Lupus angegebenen Pyrogallus- und Chrysarobinsalben (10%—20%), ferner Höllenstein und Sublimatsalbe (letztere 1% und 2%) wirken nur dann intensiver, wenn eine Ausschabung und Cauterisation vorausgegangen ist.

Unter diesen letztgenannten Mitteln wird von den meisten Autoren Pyrogallussäure am höchsten geschätzt; besonders bei der abwechselnden Behandlung mit einweichenden Sublimatdunstverbänden und dazwischen wiederholter Application von 10% Pyrogalluspflaster sah ich schöne Resultate, die aber leider oft nicht Stand hielten. Nur zu oft war wenige Monate nach der Entlassung ein Recidiv da.

Für Behandlung nach letztgenannter Methode, die bis vor einigen Jahren ja wohl noch sehr viel geübt wurde, steht mir



eine Krankengeschichte mit auffallend günstigem Heilresultat zur Verfügung, die ich jahrelang und heute noch Tag für Tag bezüglich des Erfolges der Behandlung controliren kann, und nur solche Fälle sollte man füglich benutzen, um über den Werth einer Behandlungsmethode ein Urtheil zu fällen.

M., männlich, 50 Jahre alt, aus Dortmund, wurde von mir vor 7 Jahren an Lupus behandelt. Derselbe litt seit seiner frühesten Kindheit an Lupus der rechten Wange, der sich im Laufe der Jahre bis zum Halse, zum unteren Augenlide und über das ganze Ohr hingezogen hatte, zum Theil serpiginös, zum Theil exulcerirt, die ganze Wange bläulich verfärbt und inclusive des Ohres stark intumescirt. Patient leidet seit längerer Zeit an Asthma, ist aber im Uebrigen von blühender Gesundheit. Tuberculöse erbliche Belastung ist vorhanden.

Patient wurde in tiefer Narkose ausgekratzt, dann wurden die hängen bleibenden Gewebsfetzen sorgfältig mit Scheere und Pinzette entfernt und nun zum Schlusse mit dem Flach- und Spitzbrenner alle verdächtigen und verfärbten Stellen tief und lang anhaltend ausgebrannt. Die Nachbehandlung geschah mit Sublimatumschlägen (1 : 2000) und abwechselnder Application von 10% Pyrogallus-Salbe in wiederholten dreitägigen Touren. In genau 8 Wochen war der ganze Lupus mit äusserst günstigen kosmetischen Resultate d. h. mit wunderschönen glatten Narben geheilt; nirgendwo Röthungen oder gar Lupusknötchen. So blieb es mehr wie drei Jahre, wo sich inmitten der rechten Wange ein typisches Lupusknötchen zeigte; Patient liess sich aber leider nicht bestimmen, dieses Knötchen wegbrennen zu lassen; so hat sich, wie ich dieser Tage noch constatiren konnte, dort ein kleines Recidiv, etwa zwanzigpfennigstückgross entwickelt, nicht exulcerirt; wäre das erste Knötchen gleich zerstört worden, so wäre das Resultat noch besser gewesen, ja sogar eine vollständige Heilung erzielt worden.

Es ist sehr schwer, dem Patienten die Wichtigkeit einer längeren Beobachtung und Nachbehandlung plausibel zu machen.

Und noch ein nach Volkmann'scher Behandlung behandelter Fall mit ausgezeichnetem Heilresultat und nach jahrelanger Beobachtung möge kurz mitgetheilt werden.

Walter Seeger, 16 Jahre, höherer Schüler, Dortmund, consultirte mich zuerst vor 4 Jahren mit Lupus disseminatus an 2 Stellen des rechten Oberarmes, 1 Stelle unterhalb der linken Claviculargegend — diese Stellen konnten noch excidirt und primär durch die Naht geschlossen werden; dann aber fanden wir am linken Oberarm hauptsächlich aussen, Beuge- und Streckseite gleich stark befallend, einen Lupus serpiginosus et exulcerans und eine complicirende Tuberculose eines triceps Bauches. Wir waren noch fünfmal nach der ersten Operation genöthigt, Patienten an Recidiven zu behandeln zum Theil mit Excision, zum Theil mit Cauterisation und haben seit einem Jahre die Befriedigung, bei dem jungen, kräftigen und



vor allem energischen jungen Manne eine geradezu ideale Heilung erzielt zu haben mit glatter, schöner, weisser und leicht verschieblicher Narbe. Auch ist die Musculatur des erkrankten Armes dank fleissigen Turnübungen eine gute und kräftige geblieben. Doch hiervon genug.

Mir stehen eine ganze Reihe von Beobachtungen zur Verfügung, die hier alle mitzutheilen zu weit führen würde, bei denen ich nach genannter Behandlungsweise sehr zufriedenstellende Resultate erzielte.

Es möge hier der Passus über die Behandlung nach Volkmann, wie wir ihn vor fast 4 Jahren abfassten, kurz wiederholt werden:

„Die erste Operation soll in tiefer Narcose vorgenommen werden, bei sehr ausgedehntem Lupus in mehreren Sitzungen: — wir haben doch in letzter Zeit Sorge getragen, gleich bei der ersten Operation alles Tuberculöse möglichst zu beseitigen — dabei soll man Sorge tragen, mit Scheere und Pinzette die bei der Ausschabung hängenbleibenden Fetzen sauber zu entfernen, möglichst im gesunden, weil gerade vom Rande aus von solchen wieder anheilenden Gewebstheilen, die noch Lupusherde, wenn auch vielleicht mikroskopisch nicht sichtbare, enthalten, die Recidive sich zu entwickeln pflegen. Es folgt, wenn sich der Brandschorf abgestossen hat, Nachbehandlung mit Pyrogallol, Sublimat, Salicyl, Creolin. Treten dann dennoch, wie es bei veraltetem und weit vorgeschrittenem Lupus immer der Fall ist, Recidive ein, so haben wir keinen Augenblick gezaudert, die Patienten in ganz kurzen Zwischenräumen zum II., III. und IV. Male einer eingreifenden und gründlichen Operation in Narkose zu unterziehen. Es gelingt dann zumeist, auch schwere Lupusfälle soweit zu bringen, dass sie durch alle paar Wochen, später noch seltener vorzunehmende Cauterisationen einzelner auftretender Lupusknötchen mit dem Galvanocantor in Schranken gehalten werden, in einer gewissen Anzahl aber auch eine dauernde Heilung zu erzielen. Allerdings scheitert die Durchführung dieser Behandlung nicht selten an dem Widerstande der Patienten, die meist schon lange behandelt, nicht gerade mit besonderem Muth und Vertrauen auf Erfolg zu uns kommen.“ Wir können auch heute nach weiteren Erfahrungen unsere damaligen Auseinandersetzungen im Grossen und Ganzen zurechte bestehen



lassen, wenngleich, wie wir sehen werden, in den letzten Jahren doch mehr nach anderen Principien behandelt haben.

Beim Kauterisiren mit dem Paquelin nach vorhergegangener Ausschabung, welche Methode wir in früheren Jahren fast ausschliesslich angewandt haben, legten wir insbesondere Werth darauf, die tieferen Herde aufzufinden und durch längere Einwirkung des Ferrum candens auszusengen; allerdings entstehen dann für die Nachbehandlung gewöhnlich sehr tiefe Wunden, die jedoch sehr günstig ausheilen; tiefere Taschen nun, die vom tuberculösen Process ausserdem seitlich unterminirt waren, wurden ausserdem noch mit dem Scalpell breit gespalten und freigelegt und dann noch tief auscauterisirt. Wir gingen immer von der Ansicht aus, in erster Linie sei Sorge zu tragen, alles krankhafte Gewebe möglichst zu zerstören. Man kann im Allgemeinen sagen, je gründlicher und exacter das tuberculöse Gewebe beseitigt, umso reiner, glatter und schöner werden die Narben. Und eine Beobachtung möchte ich hier noch im Zusammenhang anführen; auch der glühende Paquelin findet an gesundem Gewebe einen weit grösseren Widerstand wie an tuberculös verändertem und man erhält bald einige Uebung, um schon aus dem Grade der Widerstandsfähigkeit des Gewebes an einer vorher ausgeschabten Lupusfläche zu schliessen, ob verdächtige Stellen vorliegen oder nicht, abgesehen davon, dass sich dieselben durch eigenthümliche schmutziggräuliche Verfärbung kenntlich machen.

Der Vollständigkeit halber wollen wir hier noch einige schärfere Aetzmittel anführen, die theils rein, theils gemischt oder in Combination, theils offen, theils als geheime Wundermittel von mancher Seite empfohlen werden. Wir werden solche Mittel, wie Unguentum tartar., Calomel, Arsenpaste, Milchsäure wenn wir die älteren Autoren nachlesen, schon zumeist vorfinden; auch unterliegt es keinem Zweifel, dass es gelingt mit Hilfe derselben und bei sachgemässer Anwendung gewisse Erfolge beim Lupus zu erzielen; nichtsdestoweniger sind diese Mittel im Vergleich mit anderen Methoden wegen der überaus grossen Schmerzhaftigkeit der Application und dann wegen des doch sehr problematischen Erfolges geradezu als veraltet zu betrachten.



Zur Entfernung der bei fast allen Lupuskranken und insbesondere bei vorgeschritteneren Fällen sich leider zu oft einstellenden Recidive bedienen wir uns mit Vorliebe der Galvanokaustik; wenn der Platindraht schön weiss glühend ist, haben die Patienten auch nicht sonderlich über Schmerzen zu klagen und der kleine operative Eingriff dauert nur Secunden. Bei Lupus im ersten Anfang, wenn derselbe, wie nicht so selten, an der Nasenspitze localisirt ist, bedient man sich gleichfalls zweckmässig derselben Methode, weil Excision und Transplantation oder Excision und primäre Naht aus kosmetischen Rücksichten oft nicht zu verwerthen sind.[1]) Dass aber dann die Galvanokaustik doch in der Lage ist, allen Anforderungen an eine ideale Heilung zu genügen, dafür einige Beispiele mit über Jahre hinaus anhaltender Heilung. Die Frühdiagnosen sind leider selten und schon aus diesem Grunde führe ich die Krankengeschichten mit an.

1. V., 12 J., m. aus Dortmund, leidet an einem seit Monaten persistent gebliebenen Knötchen an der Nasenspitze. Schleimhaut der Nase — Pat. wurde auch daraufhin von einem Specialisten (Dr. Hansberg) untersucht, der denselben meiner Behandlung überwies; die Mutter leidet an Phthisis pulmonum. Diagnose: Lupus der Nasenspitze im allerersten Anfang. Therapie: in Bromäthylnarkose gründlich Cauterisation des Knotens. Glatte Heilung in etwa 14 Tagen unter Borpuderbehandlung. Heute nach 4 vollen Jahren ist ein Recidiv weder in loco noch an irgend einer anderen Körperstelle eingetreten. Wäre der gründliche Eingriff nicht geschehen und hätte man die beste Zeit zum operativen Handeln mit der Anwendung unzulänglicher Heilmittel — hierzu rechnen wir auch die Anwendung der nicht gründlich und nicht tief genug wirkenden Aetzstifte — vergeudet, so würde von diesem primären Knötchen gar bald die nächste Nachbarschaft inficirt worden sein; leider ist das der gewöhnliche, traurige Verlauf. Ganz ähnliche Verhältnisse bot der folgende Fall.

2. W., 34 Jahre alt, Ehefrau. Patientin fiel schon seit längerer Zeit eine nicht weichen wollende Röthung der Nasenspitze auf und consultirte, da sie glaubte, dass eine Erkrankung der Nasenschleimhaut vorliege, gleichfalls einen Nasenspecialisten, der Patientin an mich verwies, da im Innern der Nase nichts Abnormes nachzuweisen war. Bei genauer Inspection fand ich bei der gleichfalls tuberculös belasteten Patientin eine entzündliche Röthung der Nasenspitze, die auf Druck erblasste und im

[1]) Wir haben jedoch später eine ganze Reihe von Patienten mit Lupus der Nase mit Excision und Transplantation behandelt; siehe darüber unten die Krankengeschichten.



Centrum dieser Röthung eine knötchenförmige Efflorescenz. Diagnose: Lupus im Beginn. Therapie: Galvanocaustische Zerstörung des Knötchens im Centrum; in Folge dessen bald Verschwinden des Knötchens so wie der therapeutisch nicht beeinflussten reactiven Röthung. 1 Jahr nachher stellte sich Patientin wieder vor und litt an zwei kleinen flachen Ulcerationen rechts und links von der Nasenspitze. Es war das eine Bestätigung meiner ersten auf Lupus lautenden Diagnose. Abermalige Cauterisation, Heilung; Patientin ist bis heute von einem Recidiv frei geblieben nach vollen drei Jahren; noch vor wenigen Wochen habe ich Patientin gesehen.

3. A., 39 Jahre, w. Patientin consultirte mich zuerst vor fast 8 Jahren wegen Frost an den Händen und eines hartnäckigen Ausschlages an den Ohren. Dabei fiel mir bei Patientin an der Nasenspitze eine Knötchenefflorescenz auf, deren Beachtung ich für viel wichtiger hielt. Da das Knötchen schon monatelang bestand, so schlug ich Patientin die galvanocaustische Zerstörung vor, worauf dieselbe einging. Meine Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautete auf Lupus an der Nasenspitze im ersten Beginn. Der Vater ist frühzeitig gestorben, woran ist unbekannt. Patientin selbst ist bis dahin immer ganz gesund gewesen. Auch bei dieser Patientin traten im Laufe der nächsten Jahre wiederholt ulceröse Recidive ein; ferner zeigte Patientin gelegentlich einer Tuberculincur deutliche örtliche und allgemeine Reaction. Im Verlaufe der Erkrankung wurde die Diagnose sowohl wie die Behandlung nicht unwesentlich erschwert, durch wiederholte acute Eruption von Lupus erythematosus Efflorescenzen, die zeitweise fast das ganze Gesicht befielen. Seit etwa zwei Jahren ist der Lupus vollständig geheilt, der Lupus erythematosus bis auf kleine Stellen an den Händen und Ohren. Auch diese Patientin ist in meiner beständigen Beobachtung.

Einen Augenblick sei es noch gestattet, bei den Methoden zu verweilen, die durch eine allgemeine Behandlung den Lupus, sei es innerlich, sei es hypodermatisch zu heilen suchen. Weder Tuberculin noch das von Liebreich so warm empfohlene Cantharidin haben sich bewährt. Liebreich will zwar von Cantharidin deutlich günstige Beeinflussung des Lupus gesehen haben, jedoch hat Köbner dies mit grosser Entschiedenheit in Abrede gestellt. Auch Saalfeld bleibt bei seiner Ansicht beharren, dass er in den Lupusfällen, die er mit Cantharidin behandelt hat, Besserung gesehen habe; bei Cantharidin scheint selbst die primäre Beeinflussung des Erkrankungsherdes oder die Reaction, die bei Tuberculin in den meisten Fällen so schön eintritt, kaum beobachtet zu werden; auch ist Cantharidin wegen seiner ungünstigen Einwirkung auf die Nieren keines-

wegs ungefährlich, wie wiederholt in der Literatur mitgetheilt wurde.

Die Behandlung des Lupus kann nur dann eine erfolgreiche sein, wenn sie eine gründliche chirurgische ist und, dass hier der schönste Erfolg in der Frühdiagnose und in der Frühbehandlung des Lupus liegt, wurde schon angedeutet.

Wir müssen beim Lupus nach denselben Grundsätzen verfahren, wie beim Epitheliom und beim Carcinom der Haut und nicht den schönsten und günstigsten Zeitpunkt für die Operation, vielleicht noch eine einfache Excision verstreichen lassen mit der Anwendung von Pflastern, Aetzmitteln etc.

Haben wir es aber nun, wie ja leider in der Praxis zumeist mit recht ausgedehnten Lupusfällen zu thun, wie haben wir dann zu verfahren, welches sollen dann die allgemeinen leitenden Principien chirurgischer Behandlung sein.

Es sind zwei Bedingungen zu erfüllen:

I. Entfernung allen lupös oder tuberculös erkrankten Gewebes der Haut und Subcutis und eventuell auch des darunter befindlichen Knorpels oder Knochens.

II. Erzielung einer möglichst schnellen und guten Vernarbung und möglichst geringer Entstellung.

Wir wollen zum Schlusse unserer Abhandlung unter diesen Gesichtspunkten beleuchten:

Die Methode der Thiersch'schen Transplantation nach vorhergegangener Excision.[1])

Steffen Hugo, Dreher, Witten, 27 Jahre, wird am 6. März 1893 in's städtische Krankenhaus aufgenommen mit Lupus exulcerans, am Rande serpiginosus der ganzen rechten Wange. Durch Narbenverzug ist ein ziemlich hochgradiges Extropium des rechten unteren Augenlides eingetreten. Der Lupus besteht seit frühester Kindheit und hat sich die Krankheit im Anschluss an einen in Suppuration übergegangenen Drüsen-

[1]) Ich halte es für meine Pflicht hier ausdrücklich zu bemerken, dass ich mich bei allen meinen Lupusoperationen im hiesigen städtischen Krankenhause der liebenswürdigsten Unterstützung des chirurgischen Oberarztes Dr. Gerstein erfreut habe und dass die meisten der im verflossenen wie im folgenden Kapitel wiedergegebenen Ideen der Ausfluss sind des mit demselben während einer Reihe von acht Jahren fast ununterbrochenen gepflogenen wissenschaftlichen Gedankenaustausches.

knoten entwickelt. Patient ist nicht gerade besonders kräftig gebaut, jedoch von gesundem Aussehen; an den Lungen wie überhaupt an den inneren Organen nichts Abnormes nachzuweisen.

Am 6./III. 1893 wurde in tiefer Narkose die ganze Wangenhaut, soweit sie ulcerös oder narbig mit eingesprenkelten Lupusknötchen verändert war, excidirt, dann wurde gleichzeitig Sorge getragen, alle spannenden, nach dem rechten unteren Augenlide hinziehenden Stränge zu durchschneiden, wodurch das Lid wieder in seine normale Lage quasi zurückschnellte. Nachdem durch Compression die Blutung einigermassen gestillt und das Operationsfeld sichtbar gemacht war, wurden alle tieferen verdächtigen Stellen energisch mit dem Flach- und Spitzbrenner des Paquelins behandelt; darauf ein Jodoformgaze-Compressionsverband angelegt.

Am 4. Tage post operationem Verbandwechsel, abermals Jodoformgaze-Verband; am 8. Tage Implantation von Haut aus dem Oberarm. Es blieb zwar nicht alles haften, jedoch trat nichtsdestoweniger eine tadellose Heilung und Vernarbung ein. Das Extropium stellte sich nicht wieder ein.

Dass es uns in diesem Falle gelungen war, radical in einer einzigen Sitzung alles Lupöse zu beseitigen, davon konnten wir uns im Laufe der folgenden Jahre zur Genüge überzeugen. Wir hatten einmal nicht nöthig bis zum heutigen Tage auch den geringsten operativen Eingriff vorzunehmen und konnten im vorigen Herbst den Patienten im Arnsberger Bezirksverein als tadellose Heilung vorstellen. Die Narben waren wunderschön glatt, ohne eine Spur von ominöser Röthung, weder auf Finger- noch auf Glasdruck, weder mit blossem Auge noch bei Lupenbesichtigung liessen sich Knötchen nachweisen. Auch hatte sich, was leider öfter eintritt, das Ectropium nicht wieder gebildet. Nunmehr hat diese Heilung in das vierte Jahr Stand gehalten und da glaube ich mich doch für diesen Fall der berechtigten Hoffnung hingeben zu können, dass die Heilung auch für die Dauer Stand halten wird.

Schmidt, Ehefrau, 47 Jahre, Hamm. Patientin leidet an einem Lupus, der genau das untere Nasendrittel befallen, etwa in der Ausdehnung eines Markstückes, mit typischen Lupusknötchen, beginnender Ulceration und leichten Narbeneinziehungen, der Process greift auf das Naseninnere beider Nasengänge über. Die Anamnese ergibt, dass der Vater an Phthisis pulmonum gestorben ist. Der Lupus besteht, soweit den Angaben der Patientin zu glauben ist, bei der schon ziemlich weiten Verbreitung verhältnissmässig kurze Zeit. Im Naseninnern seit sechs Monaten, aussen seit zwei Monaten. 17./VI. 1893 Aufnahme in's hiesige städtische Krankenhaus; in Narkose tiefe Excision allen lupösen Gewebes

bis auf den Nasenknorpel, verdächtige Stellen des letzteren werden gleichfalls entfernt; ebenso wird Sorge getragen, den Lupus des Naseninnern (befallen sind da nur die Nasenflügel) zu entfernen. Die Blutung wird durch Compression sowie durch Torsion grösserer Gefässe gestillt und dann sofort aus dem Oberarm nach Thiersch'scher Methode Haut transplantirt und Sorge getragen, dass auch die gesetzten Defecte im Innern gedeckt werden. Compressionsverband mit protectiv silk, Jodoformgaze etc. — 24./VI. erster Verbandwechsel: alles ist tadelles angeheilt. 28./VI. wird Patientin bereits mit der Weisung zu pudern entlassen.

Patientin habe ich im ersten Jahre öfter, zuletzt noch in diesem Jahre gesehen; dieselbe ist von einem Recidiv verschont geblieben; auch ist, wie ein Photogramm zeigt, der kosmetische Erfolg ein durchaus guter zu nennen.

Borgstedt, Fräulein, 22 Jahre, Camen. Patientin stellte sich zuerst vor am 4./I. 1893 und lautete die Diagnose: Lupus exulcerans et hypertrophicus am Kinn, kleiner serpiginöser Lupusherd am Kinn.

Die Eltern der Patientin leben und sind ganz gesund, sechs lebende gesunde Geschwister; Patientin selbst hat als Kind eine Meningitis überstanden; der Lupusherd am Halse besteht seit 6 Jahren, seit 2 Jahren der am Arm. Rechte Lungenspitze suspect.

9./I. Aufnahme: Auskratzung und nachfolgende Cauterisation mit dem Paquelin. 18./I. Transplantation auf die schön granulirende Wundfläche vom rechten Oberarm. Die Lappen heilten nur theilweise an, jedoch ist Ende Januar die ganze Wundfläche vernarbt. Die Narbe blieb roth und es zeigten sich innerhalb der Narbe umschriebene Lupusrecidive. Die Stelle am Arm konnte excidirt und primär durch die Naht vereinigt werden.

Wir entschlossen uns nun am 15. Juni 1894 zur gründlichen Excision der ganzen lupösen Narbe und transplantirten 8 Tage darauf auf die vorher durch Ausschabung von den überwuchernden Granulationen befreiten Flächen. Es trat nun nach 14 Tagen Heilung ein, die bis zum heutigen Tage Stand gehalten hat. In der Herbstversammlung 1895 des Vereines der Aerzte im Regierungsbezirk Arnsberg, mehr wie zwei Jahre nach der Entlassung aus der Behandlung, konnte ich Patientin noch als völlig geheilt vorstellen. Die Heilung hat bis heute derart Stand gehalten, dass auch nicht das geringste verdächtige Knötchen zu sehen. Ich stehe daher nicht an, in diesem Falle von einer Radicalheilung zu sprechen.

Die mikroskopische Untersuchung der excidirten Narbe ergab neben stark gewuchertem Granulationsgewebe, zwischen welches sich echtes Epithel ganz tief hinein erstreckte, vereinzelte typische Tuberkelknötchen, ein Beweis, wie nothwendig der radicale Eingriff gewesen war. Gleichzeitig zeigte uns das Präparat, eine wie energische active Proliferation von der an-



geklebten Epidermis auch in die Tiefe vor sich geht. Ein wie energisches Flächenwachsthum des Epithels statthat, ist ja klinisch immer zu sehen bei den Reverdin'schen Transplantationen sowohl wie bei denen nach Thiersch, wenn nicht die ganzen Flächen bedeckt sind oder die Lappen nicht in toto anwachsen.

Middendorf Theodor, 15 Jahre, Hamm. Lupus exulcerans, Hypertrophicus et disseminatus der ganzen rechten Gesichtshälfte und der Unterkinngegend bis zur linken Wange. Patient ist von auffallend blühendem Aussehen, die Eltern desselben sind gesund, er hat fünf lebende gesunde Geschwister, abgesehen von seinem Lupus, der schon seit langen Jahren von frühester Kindheit besteht und allmälig bis zu der jetzigen Ausdehnung sich entwickelt hat, soll Patient immer ganz gesund gewesen sein.

Am 10./VI. 1892 in Narkose Abschälung der Haut der ganzen lupösen Partie, also der ganzen rechten Wange und der ganzen Unterkinngegend bis zur linken Wange in einer Sitzung, also bedeutend mehr wie der einen Gesichtshälfte entspricht. Sehr starke Blutung, wie das nichts anders bei dem Gefässreichthum der Gesichtshaut und dem zum grossen Theil narbig verändertem Gewebe mit den starrwandigen Gefässen zu erwarten war; durch Torsion und Compression Stillung der Blutung, es brauchen nur wenige grössere Gefässe unterbunden zu werden. Den 12./VI. Transplantation nach Thiersch, die Lappen werden vom Oberschenkel entnommen; bis zum 30. Juni ist etwa die Hälfte der Fläche bewachsen, sehr starke Granulation, die vielfach die anhaftenden Läppchen überwuchert, deshalb in Narkose Ausschabung der Granulation, abermalige Transplantation, Verband wie gewöhnlich mit Puder, Protectiv silk etc. Den 16./VIII. wurde Patient geheilt mit leichtem Ectropium des rechten unteren Augenlides entlassen; im Laufe der nächsten zwei Jahre habe ich ihn wiederholt gesehen und konnte jedesmal constatiren, dass von Recidiven keine Spur zu sehen war. Das Ectropium leichten Grades bestand noch; Patient konnte sich zu der von mir vorgeschlagenen operativen Beseitigung nicht entschliessen. Da ich nun Patienten seit dem Jahre 1894 nicht mehr gesehen, so richtete ich an den Arzt, der mir den Patienten zur Operation überwiesen hatte, eine Anfrage über das augenblickliche Befinden des Patienten. Darauf antwortete mir Dr. Falk in Hamm: „Dem p. Middendorf geht es im Allgemeinen gut. Recidiv ist nicht eingetreten, das Ectropium ist noch vorhanden. Aber das Aussehen ist trotzdem so Vertrauen erweckend, dass kürzlich seine Aufnahme in eine Krankencasse, bei der vorherige Untersuchung erforderlich ist, nicht beanstandet wurde."

Eine Abbildung des status ante operationem findet sich in meiner Abhandlung „über die tuberculösen Affectionen der Haut" auf Seite 3.

Gassmann, C., 28 Jahre, Buchdrucker, Dortmund. Patient ist tuberculös belastet, der Beginn seiner Erkrankung datirt auf die ersten



Kinderjahre zurück. Es findet sich bei demselben ein Lupus serpiginosus malae sinistrae, der nach vorne bis zum Mundwinkel und linken Nasenflügel reicht, nach oben bis zur Schläfengegend und scharf bis an die Grenze des unteren Augenlides, nach rückwärts ist die Ohrmuschel mit erkrankt, nach unten hin endlich noch ein grosser Theil der entsprechenden Halsgegend. In der Mitte zeigt der Lupus spontane Tendenz zur Heilung, es war also jene Form, die man als Lupus exfoliativus zu bezeichnen pflegt, während wir in den Randpartien es mit der progressiven Form des Lupus serpiginosus zu thun hatten. Dies der Befund vom 10. März 1893. Patient wurde am 8. Agril in's städtische Krankenhaus aufgenommen und ich excidirte bei demselben in vier Sitzungen in der Breite von etwa 3 Cm. die Randpartien und liess in gewohnter Weise wenige Tage nach jeder Excision die Transplantation nach Thiersch folgen. Am 16. Juni wurde Patient entlassen. In der Mitte war also absichtlich nichts geschehen. Im Laufe der folgenden Jahre und bis zum heutigen Tage konnte ich nun constatiren, dass auf der einen Seite an den Randpartien da, wo wir excidirt und transplantirt hatten, sich auch nicht eine Spur eines Recidivs entwickelte, ebenso wenig über diese Exisionslinie hinaus nach dem Gesunden; auf der anderen Seite aber ging unsere Hoffnung, im Centrum werde eine vollständige spontane Zurückbildung erfolgen, der Lupus werde dort verkümmern, nicht in Erfüllung. Wir haben uns daher zweimal entschliessen müssen, zahllose kleine Lupusknötchen mit dem Spitzbrenner des Paquelin zu zerstören.

Das Resultat ist nun heute in diesem Falle folgendes: Der Lupus ist nicht weiter vorgeschritten in den Randpartien, in den transplantirten Stellen ist nirgends eine Spur von Knötchen zu sehen, die kleine, etwa ein Fünftel der ursprünglich befallenen Wange betragende Stelle im Centrum der Wange zeigt noch suspecte Röthungen und Knötchen, aber es ist keine Tendenz zur Exulceration vorhanden. Trotz diesem zufriedenstellenden Resultate habe ich Patienten doch noch vorgeschlagen, demnächst auch die centrale Partie excidiren und transplantiren zu lassen. Wir haben in diesem Falle die Excisionen in vier Sitzungen vornehmen zu müssen geglaubt, weil jedesmal die Blutung eine ganz kolossale war und weil Patient nach jedem operativen Eingriff ganz bedenklich collabirte, so dass wir ihm einen grösseren Blutverlust nicht zumuthen durften. Auch dieser Patient wurde in der Herbstsitzung des ärztlichen Vereines im Regierungsbezirk Arnsberg, Frühjahr 1896, demonstrirt. Für uns unterliegt es keinem Zweifel, dass auch in diesem Falle die Heilung eine ideale gewesen wäre, hätten wir gleich von vorneherein auch in einer fünften Sitzung das Centrum excidirt. Dieses soll, wie betont wurde, demnächst noch nachgeholt werden.

Fischer Heinrich, 16 Jahre, Dortmund. Lupus exulcerans et hypertrophicus der rechten Wange, Tuberculose des rechten Nasenbeins. Vater an Phthisis gestorben. Patient ist Epileptiker. Abgesehen von seiner Hauterkrankung ist Patient von gesundem kräftigem Aussehen. 24. September 1891 Aufnahme in's Kranken-

haus. Zuerst wurde Patient ausgekratzt und cauterisirt, es traten aber Recidive ein; vor allem aber macht die zum Nasenbein gehende Fistel eine ganze Reihe von Cauterisationen, Entfernung von Knochensequestern erforderlich. Dagegen gelang es in viel kürzerer Zeit durch gründliche Excision und nachfolgende Transplantation den Lupus zur vollständigen Verheilung zu bringen. Verfahren bei der Transplantation wie gewöhnlich und tadelloses Anheilen der vom Oberarm entnommenen Hautlappen. Die Heilung hat, wie ich mich noch vor ganz kurzer Zeit überzeugen konnte, bis heute Stand gehalten. Ich nahm fünf volle Jahre post operationem folgenden Befund auf: Patient ist von auffallend kräftigem gesunden Aussehen. Wo früher der in seinem Verlauf rapide fortschreitende Lupus localisirt war, finden wir eine wunderschöne glatte, ganz unverdächtige, d. h. nicht die geringsten Spuren von Knötchen zeigende Narbe. Keine Spur von Ectropium, obschon früher der Lupus und jetzt die Narbe verhältnissmässig dicht an das rechte untere Lid heranreicht. Am Kinnrande rechts findet sich ein unter der glatten dünnen Narbenhaut verschieblicher Drüsenknoten, sonst keine Drüsen am Halse oder vor dem Ohre. Die Entfernung soll in Kurzem vorgenommen werden und dürfte die Ausschälung nach meinem Dafürhalten kaum mehr Schwierigkeiten machen wie die eines einfachen Ateroms. Die Heilung dieses Lupus, die über fünf Jahre Stand gehalten hat, glaube ich als eine radicale bezeichnen zu dürfen; d. h. die Gefahr des Auftretens neuer Knötchen ist kaum vorhanden. Und das kosmetische Resultat ist in diesem Falle ein vorzügliches, die Narben sind allerdings sichtbar, aber sonst ist eine Entstellung nicht vorhanden.

Becker Lina, 24 Jahre alt, Ehefrau aus Hachency, überwiesen von Dr. Broelemann in Hörde mit Lupus exulcerans der linken Gesichtshälfte und des rechten Armes. Aufnahme Febr. 1893 zur Operation nach Thiersch. Die Erkrankung begann am Arm vor 13 Jahren und im Gesicht vor 10 Jahren. Am Arm findet sich ein über Handflächen grosser Lupusfleck, die grössere Hälfte der linken Wange bis zum Mundwinkel ist befallen von einem zum Theil ulcerirten, zum Theil hypertrophischen Lupus.

Es wird in Narkose unter ziemlich vehementer Blutung alles Lupöse rein excidirt und dann am Arm, wo die Blutung durch Compression zu stillen ist, sofort, im Gesicht, da wir sehr tief gehen mussten, erst nach acht Tagen transplantirt. Am Arm haftet der eine aufgelegte Lappen vollständig, im Gesicht lösen sich jedoch hie und da kleinere Fetzen ab, jedoch ist bereits nach 14 Tagen hier alles verheilt.

Patientin sah ich zum ersten Male wieder am 25. October 1896, also nach fast $3^1/_2$ Jahren und constatirte Folgendes: Dieselbe ist, wie auch vor der Operation, von gutem blühenden Aussehen, hat mehrere gesunde Kinder, die sie selbst stillte und was den Lupus anbelangt, so wurde notirt: am Arm schöne weisse Narbe, nichts von Recidiven bemerkbar. Es findet sich aber ein typisches Lupusknötchen an der Oberlippe und ein gleiches an der rechten Wange; dagegen sind die trans-



plantirten Stellen an der linken Wange vollständig tadellos, das Recidiv in Gestalt zweier Knötchen hat sich weit davon entfernt entwickelt und nicht im Zusammenhang mit dem primären Herd der Wange. Ich schlug nun Patientin gründliche Excision der beiden neuen Knötchen vor und, da dieselbe sich hierzu nicht entschliessen konnte, cauterisirte ich dieselben tief und gründlich mit dem Paquelin. Der weitere Verlauf und das eventuelle Neuauftreten von Knötchen bleibt in diesem Falle abzuwarten, nichtsdestoweniger können wir mit dem Erfolge der Methode mehr wie zufrieden sein.

Die nunmehr folgenden Krankengeschichten, bei denen gleichfalls excidirt und nach Thiersch transplantirt wurde, wurden zwar in späteren Jahren operirt und ist somit die Dauer des Erfolges noch nicht über so lange Jahre hinaus verfolgt worden, nichtsdestoweniger werden sie mit zur Beurtheilung der Leistungsfähigkeit der Thiersch'schen Methode verwerthet werden können.

Gregor Marie, 21 Jahre, Näherin aus Marten. Leidet an einem etwa handflächengrossen Lupusfleck der linken Wange. Patientin ist tuberculös belastet, leidet an Kyphose, sowie an Spitzenaffection der Lungen beiderseitig. Die Erkrankung der Wangenhaut besteht schon seit langen Jahren und ist ganz allmälig am Rande weiter fortgeschritten. Fleck fast kreisrund, im Centrum an mehreren Stellen ulcerirt. Am 22./III. 1895 Excision, die sehr tief gemacht werden musste, da sich intra operationem ergab, dass der tuberculöse Process verhältnissmässig weit in die Tiefe, jedoch nicht bis zum Oberkieferknochen vorgeschritten war. Jodoformgaze-Compressionsverband, der nach vier Tagen in Narcose entfernt wird, es wird dann die nicht mehr starke Blutung durch Auflegen von 0.6% Kochsalzcompressen gestillt und die ganze Wundfläche mit zwei Thiersch'schen Lappen vom Oberschenkel bedeckt. In den nächsten Tagen heilen die Lappen tadellos an und glaubten wir bereits in Kurzem Patientin entlassen zu können, als von einer kleinen eiternden Stelle aus ein Erysipelas faciei sich einstellte, das mit sehr hohem Fieber verlief, Patientin sehr elend machte und einen grossen Theil der implantirten Stellen wieder löste; eine erneute Transplantation war jedoch nicht erforderlich, indem von den haftenden Läppchen aus die Wundfläche sich schön überhäutete. Im Monat September 1896 hatte ich Gelegenheit, Patientin zu untersuchen und konnte constatiren: die Narbe ist, wenn auch etwa uneben, so doch vollständig blass und enthält keine Spur von verdächtigen Stellen in Gestalt von Hyperämien oder tuberculösen Knötchenherden. Die bei der Entlassung noch sehr stark eingesunkene Wange — wir hatten sehr tief excidiren und auch noch krankhaft veränderte Partien von der Musculatur entfernen müssen — ist viel flacher geworden, die Entstellung eine sehr geringe. Das Allgemeinbefinden der Patientin ist relativ gut; dieselbe hat auffallend

lange Zeit gebraucht, um sich von dem überstandenen Erysipelas zu erholen.

Die Krankengeschichte eines 20jährigen Bergmannes, Wilhelm Scheich, will ich nur ganz kurz anführen, da der Fall ganz analog war dem Fall Borgstedt. In diesem Falle haben wir 22./III. 1895 sofort die ganze zwei handflächengrosse lupöse Stelle unter dem Kinn excidirt und in gewohnter Weise nach 4 Tagen transplantirt; auch diesen Kranken habe ich im August dieses Jahres noch untersucht und mich davon überzeugen können, dass die Heilung bis dahin Stand gehalten hat.

Kranefeld Hulda, 17 Jahre, Lütgendortmund. Patientin, die väterlicher und mütterlicher Seite tuberculös belastet ist, wurde am 13./VII. 1894 in's städtische Krankenhaus mit Lupus exulcerans der linken Gesichtshälfte, weit über die Hälfte die Wange bedeckend und bis zur Oberlippe und zum Mundwinkel hinziehend, aufgenommen. Zuerst Behandlung nach Volkmann und Nachbehandlung mit Pyrogallus und Sublimat. Es traten Recidive ein und so entschlossen wir uns 6./V. 1896 nach abermaliger Aufnahme der Patientin in's Krankenhaus zur radicalen Exstirpation des Lupusrecidivs sammt den Narben. In gewohnter Weise Transplantation; am 23./V. wurde Patientin entlassen mit einem auch kosmetisch zufriedenstellenden Resultat. Patientin steht natürlich noch in unserer Beobachtung; bis heute hat sich aber auch nicht die geringste Spur eines Lupusrecidivs gezeigt.

Kleinschnittger Maria, 16. Jahre, Dienstmädchen, Dortmund. Lupus serpiginosus antibracchii dextri, kaum handflächengross. Aufnahme in's städtische Krankenhaus am 4./III. 1895. Patientin ist von blühendem gesundem Aussehen. Der Fleck am Arm hat sich im Laufe der Jahre und zwar ganz allmälig entwickelt. In Narkose radicale Exstirpation alles Lupösen und da es nach kurzer Zeit gelingt, die Blutung zu stillen, so wird sogleich in derselben Sitzung vom Oberarm transplantirt. Schon nach wenigen Tagen konnte Patientin als geheilt entlassen werden. Am 28./IX. 1896 wurde constatirt, dass die Heilung unter Bildung schöner glatter Narben erfolgt und ein Recidiv nicht eingetreten war.

Bach Maria, 40 Jahre, ledig, Oberhausen. Lupus faciei exulcerans et hypertrophicus über das ganze Gesicht verbreitet mit entsetzlich entstellender Verstümmelung der Nase, narbiger Schwellung und Verziehung der Ober- und Unterlippe, Lupus des Zahnfleisches der oberen und unteren Zahnreihe. Patientin steht seit fast vier Jahren in meiner Behandlung und wurde von mir wiederholt ausgeschabt und gründlich cauterisirt; aber es gelang auf diese Weise kaum den ungeheuer progressiven Fall in Schranken zu halten und so entschlossen wir uns auch, bei diesem Fall bei der letzten Aufnahme 28./I. 1896 zur radicalen Operation, wohl wissend, dass ja eine Abschälung zunächst fast der ganzen Gesichtshaut nöthig war und weiter, dass bei dem so inveterirten Fall ein Tiefergreifen des Processes an manchen Stellen erwartet werden musste. Operirt wurde in einer Reihe von Sitzungen: rechte Wange, Unterkinngegend, Unterlippe, Nase und linke Wange, beide obere Augenlider,

manchmal wurde eine Transplantation mit einer neuen Excision verbunden. Da Patientin durch die wiederholten Narkosen und operativen Eingriffe mit heftigen Blutverlusten sehr geschwächt war, so wurde sie Anfang April entlassen und sollte sich dann in diesem Winter die noch restirende Lupuspartie an der Oberlippe excidiren lassen. Dies soll demnächst ausgeführt werden. Wir haben den Fall ausführlich mitgetheilt, obschon aus verschiedenen Gründen von einer Heilung noch nicht gesprochen werden kann, weil derselbe von den bisher mitgetheilten der am weitesten ausgedehnte Krankheitsfall war und weil er aus diesem Grunde technisch die grössten Schwierigkeiten darbot.

Ganz cursorisch und mehr der Vollständigkeit halber mögen auch die Fälle hier Erwähnung finden, die bis in die letzte Zeit von uns nach der Thiersch'schen Methode behandelt wurden, die aber aus den schon angeführten Gründen für die Kritik der Methode nicht den gleichen Werth haben.

1. Frau Niemann, 54 Jahre, Dortmund, leidet an ausgedehntem Lupus serpiginosus et exulcerans in Schmetterlingsform; die ganze Nase ist befallen und intumescirt, die Wangen sind befallen bis zum unteren Augenlide als obere, bis zum Mundwinkel als untere Grenze und bis zur Parotisgegend als Grenze nach rückwärts. Patientin ist im Laufe der Jahre wiederholt in Kliniken zumeist nach Volksmann'scher Methode behandelt worden. Im Frühjahr excidirten wir die ganze Fläche in einer Sitzung und schlossen nach 4 Tagen die Transplantation an; schon nach 14 Tagen konnten wir die Patientin mit allerdings noch frischen, jedoch bereits festen Narben vorstellen; bis heute ist ein Recidiv noch nicht eingetreten.

2. Ganz ähnlich lag die Sache bei einem Fall, der ein Fräulein König, 44 Jahre, aus Arnsberg betraf, aber in der Fläche sowohl wie nach der Tiefe hin weiter vorgeschritten war; diese Patientin war zur selben Zeit auf der Station, wir mussten dieselbe jedoch länger in dem Krankenhause zurückbehalten, da Nachoperationen sowohl an den Augenlidern wie am Munde nöthig wurden. Ein halbes Jahr post operationem habe ich Patientin wieder gesehen und dieselbe war zu meiner grössten Freude noch frei vom Recidiv.

3. Ein Kind, Sagolla, 12 Jahre, aus Dortmund, behandle ich jetzt seit etwa 1 Jahr an Lupus exulcerans et hypertrophicus der linken Wange und der Unterkinngegend rechts. Leider war hier, wie so oft, die günstigste Zeit zum operativen Handeln durch homöopathische und hydropathische Behandlung verloren; dem Homöopathen schlug schliesslich doch sein alloeopathisches Gewissen, als er keine Besserung sah und er rieth schliesslich zur operativen Behandlung. Wir führten auch hier in einer Sitzung die Excision aus trotz sehr starken Blutungen. Die Transplantation gelang in diesem Falle nicht so gut und in Folge dessen nicht zum geringsten Theile hat sich ein Ectropium des linken unteren Augenlides herausgebildet. Wir haben in diesem Falle uns vorgenommen,



zunächst zu beobachten, ob derselbe recidivfrei bleibt und dann später die Ectropiumoperation auszuführen; bis heute haben wir noch nichts von Lupusknöchen beobachten können.

Wir haben absichtlich zuerst die Krankengeschichten Revue passiren lassen und hielten es für zweckmässig, erst nachdem die objective Darstellung gegeben war, unser subjectives Urtheil über den Werth der Transplantationsmethode zu geben. Ueberblicken wir aber die immerhin nicht geringe Zahl von nach Thiersch behandelten Lupusfällen und bedenken wir, dass bei einer Reihe der mitgetheilten Fälle der Verlauf über eine Reihe von Jahren post operationem controlirt wurde, so dürfen wir hoffentlich frei bleiben von dem Vorwurf, zu frühzeitig oder zu übereilt unsere Meinung uns gebildet zu haben.

Da die operative Behandlung insbesondere des Gesichtslupus entschieden ein Grenzgebiet darstellt zwischen Chirurgie und Dermatologie, indem die Entfernung mit dem Messer eine verhältnissmässig grosse technische Fertigkeit verlangt, so ist die Behandlung des Lupus vielfach übergegangen auf den reinen Chirurgen und mit einer gewissen Berechtigung, da letzterer gewohnt ist, tagtäglich mit derartigen Schwierigkeiten zu rechnen und umzugehen und da dem Dermatologen vielfach diese chirurgische Uebung abgeht. Nichtsdestoweniger kann es keinem Zweifel unterliegen, dass der Lupus in der Hand des Dermatologen, vorausgesetzt, dass derselbe sich jene technische chirurgische Gewandtheit angeeignet hat oder aber, dass der Dermatologe in Gemeinschaft mit einem Chirurgen derart arbeitet, dass der letztere die Operation ausführt und der erstere dabei zugegen ist einmal zwecks Abmessung dessen, was zu entfernen und was zu erhalten ist, dann aber vor allem zur Leitung der Nachbehandlung, besser aufgehoben ist besonders in Hinsicht auf Erzielung eines guten kosmetischen Resultates.

Wenden wir uns nun zur ausführlichen Besprechung der operativen Technik, so unterscheiden wir zweckmässig drei Stadien, das der Vorbereitung, die eigentliche Excision und drittens die Transplantation mit Nachbehandlung.

Die Vorbereitung für die Operation bezweckt nichts wie die gründliche Desinfection des zu excidirenden Terrains, das



man zweckmässig erzielt durch Application desinficirender Sublimatumschläge etwa 24 bis 48 Stunden lang oder man reinigt und desinficirt die Stelle mit Aether, Alkohol, Sublimat in bekannter Weise. Diese Desinfection kann natürlich nur eine relative sein, denn es wird doch wohl kaum gelingen in tieferen Schichten des tuberculösen Gewebes einzudringen und es unterliegt jawohl keinem Zweifel, dass auch beim Lupus die Eitercoccen dem Tuberkelbacillus liebenswürdige Gesellschaft leisten. Sind aber die Eitererreger dabei mit thätig, so setzt das in noch kürzerer Zeit tiefer greifendere Zerstörungen; ist es aber einmal zu Exulceration gekommen, so ist die Mischinfection zwischen Tuberkelbacillus und Eitercoccus auch bald da. Wenn es auf der anderen Seite richtig, und viele Behandlungsmethoden gehen von dieser Grundidee aus, dass das Eitergift im Stande sei das tuberculöse zu vernichten, so geht für uns daraus das hervor, dass das deletäre Zusammenwirken von Tuberkelbacillus und Eitermikroorganismen in der Natur schon eine gewisse Begrenzung gefunden hat. Um nun nicht zu weit abzuschweifen, so kann die vorbereitende Desinfection nur eine relative sein, dennoch entspricht es den modernen Grundsätzen der Chirurgie, auch diese relative überhaupt mögliche Desinfection anzustreben.

Bei der Ausführung der Excision des lupösen Gewebes hat man von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen, es zu erstreben, dass möglichst die Hälfte des Fettgewebes resp. des subcutanen Bindegewebes stehen bleibt; es muss aber dabei oberster Grundsatz bleiben, alles irgendwie Verdächtige zu entfernen, möglichst den Tuberkelbacillus in seine Mäuselöcher zu verfolgen, tiefere Gänge zu spalten und vollständig frei zu legen, tuberculöse Drüsen gleichzeitig mit zu entfernen. Die Aufgabe der Excision, also der ersten operativen Sitzung ist nur dann vollständig und lege artis gelöst, wenn wir sagen können, wir haben oder wir glauben alles Tuberculöse entfernt zu haben; man darf sich dabei nicht beirren lassen, dass das kosmetische Resultat nun eventuell nicht so gut ist.

In der Mehrzahl der Fälle haben wir es, wie auch unsere Krankengeschichten zeigen, mit Gesichtslupus zu thun, und da pflegen einmal wegen des ungeheuren Gefässreichthums im



Gesicht, dann aber auch, weil im Narbengewebe — und um Narbengewebe handelt es sich beim Lupus mehr weniger in allen Fällen — die Gefässlumina venöse und arterielle, ausgespannt bleiben und sich nicht retrahiren können, Blutungen viel heftiger zu sein. Wie aber hat man sich dieser Blutungen zu erwehren? In der ersten Zeit, wo wir anfingen nach Thiersch zu behandeln, haben wir grössere Gefässe unterbunden resp. umstochen; wir sind jedoch bald zu der Einsicht gekommen, dass die Unterbindungsstellen später der Transplantation Schwierigkeiten bieten und verfahren seit etwa zwei Jahren folgendermassen. Während die lupöse Haut abgeschält wird, fassen die Assistenten möglichst alle grösseren und kleineren Gefässe mit Schiebern und Klemmen; ist die lupöse Haut abpräparirt — wir haben wiederholt in einer Sitzung die Hälfte bis ein Drittel der ganzen Gesichtshaut entfernt — so kann schon die grössere Mehrzahl von Schiebern sofort entfernt werden, grössere Gefässe werden torquirt, dann legen wir einen Jodoformgaze-Compressionsverband an, der nach drei bis vier Tagen in Narkose wieder entfernt wird; es entstehen dabei nur hie und da kleinere Blutungen, die durch Auflegen von Kochsalzcompressen leicht und bald zu stillen sind. Die Wundfläche ist dann für die Transplantation sehr geeignet. Wir halten dieses Verfahren für einfach, schonend und vor Allem sehr praktisch, haben es dabei in einer ganzen Reihe von Fällen erprobt und glauben es daher zur Nachahmung empfehlen zu können. Früher hatten wir länger bis zur Vornahme der Transplantation gewartet, es war dann Granulation vorhanden und diese musste erst durch Ausschabung wieder entfernt werden. Wir berichteten ja auch über einen Fall, wo gleich in der ersten Sitzung die Transplantation vorgenommen werden konnte; das war aber ein Lupus der Extremitäten; im Gesicht aber haben wir immer mit sehr starken Blutungen und auch Nachblutungen zu rechnen, die die sofortige Vornahme der Implantation einfach illusorisch machen.

Wir können nunmehr, nachdem das Terrain präparirt ist zur Ausführung der eigentlichen Transplantation, uns auslassen über die von uns speciell bei diesem Punkte gemachten Erfahrungen. Es unterliegt gewiss keinem Zweifel, dass die Epi-



dermislappen um so leichter und besser anhaften, je grösser dieselben sind und hierin liegt ja vor Allem der Vorzug der Thiersch'schen Transplantation vor der älteren Reverdin-schen. In zweiter Linie soll man erstreben möglichst dünne Lappen zu erlangen; allerdings haften auch dickere Lappen gut an, aber je dicker dieselben sind, desto mehr stösst sich nachher von den oberflächlichsten Epidermisschichten ab; es kömmt hinzu, dass je dünner die Epidermis entnommen wird, um so leichter auch die secundär gesetzten Wunden heilen.

Das leichte Einfrieren nun der zu excidirenden Haut mit Aethylchlorid ist gewiss im Stande, ähnlich wie bei Gefrierschnitten beim Microtom uns die Operation zu erleichtern; es gelingt mit dieser Aushilfe, wovon wir uns des öfteren überzeugt haben, leicht dünne, grosse und feine Hautstücke zu erhalten; dennoch haben wir später Aethylchlorid fortgelassen, indem wir glaubten, dass nicht eingefrorene Epidermislappen leichter anwachsen und zudem gelingt es auch ohne Anwendung desselben bei einiger Uebung und einigem Geschick ausreichend grosse und passende Flächen zu erhalten. Dass der Oberschenkel und Oberarm das geeignetste Gebiet sind, dem die Lappen entnommen werden, bedarf eigentlich kaum der Erwähnung.

Wenn der Lappen aufgelegt war, so wurde zunächst durch sachten Druck mit Kochsalzcompressen dafür Sorge getragen, dass die Lappen überall dicht und unmittelbar auf der Unterfläche anlagen, mit anderen Worten, eventuelle Luft- oder Flüssigkeitsblasen entfernt. Darauf wurde der Lappen mit Dermatol bestreut, in letzter Zeit auch mit Nosophen und Airol, mit protectiv silk bedeckt und endlich mit einem Compressionsverbande abgeschlossen.

Grade in den jüngsten Monaten haben wir mehrere Fälle von Lupus der Wange etwas anders behandelt und möge diese Modification der Nachbehandlung hier kurz Erwähnung finden. Es handelt sich um folgende Fälle:

I. Fräulein Berg. Lupus der linken Wange, Recidiv, früher wiederholt nach Volkmann behandelt.

II. Frau Flasche. Lupus der linken Wange und des linken Oberarms; beide Stellen handflächengross, endlich ein thalergrosser Fleck der linken Patellargegend.



III. Frau Harrwig. Lupus der linken Wange und Unterkinngegend.

IV. Frau Wolff, 65 J. Lupus dissemin. beider Wangen, Recidiv.

V. Werner Anton, 13 Jahre. Lupus des unteren Nasendrittels, Septum perforatum.

Es handelte sich bei allen fünfen um Fälle von mittelgrosser Ausdehnung, wir werden aber wahrscheinlich demnächst bei den ausgedehnten Lupusfällen ganz ebenso verfahren; es kam uns bei diesen Kranken sehr zu statten, dass die Blutung durch minutenlange Compression sowie durch Auflegen von eiskalten Compressen bald zu stillen war; so konnte in einer Sitzung excidirt und transplantirt werden. Wir haben nun sofort, nachdem die Wundflächen mit Hautlappen bedeckt waren, die Fläche mit Jodoformgaze bedeckt und darüber einen Compressionsverband angelegt; nach acht Tagen erster Verbandwechsel und in allen Fällen tadellose überraschend gute Anheilung; wir haben dann mit einfachem Talcum nachbehandelt; es ist gewiss angenehm, bei einem Lupus schon nach so kurzer Zeit einen eclatanten Erfolg verzeichnen zu können, während alle anderen Methoden sich doch immer über mehrere Monate hinziehen; natürlich muss diese noch sehr junge und zarte Haut auch in nächster Zeit noch sehr aufmerksam behandelt und beobachtet werden, Blasenabhebung oder zu starke Granulation, wenn sich später hie und da noch eine Stelle löst, inhibirt werden.

Die erste Anleimung der Lappen erfolgt sehr bald, wenn die Lappen dicht auf der Unterlage anliegen; Theile aber, die beispielsweise im Gesicht, am Munde viel in Bewegung sind, bieten für die Transplantation grössere Schwierigkeiten und damit ist zu rechnen. Früher liessen wir den ersten Verband post Transplantationem 4 Tage liegen in dem Glauben, dass dann erst ein gutes Anhaften der Lappen eingetreten sei. Wir sind aber nach unseren Erfahrungen später dazu übergegangen, den ersten Verband vorsichtig schon nach zwei Tagen zu lösen; hat sich dann vielleicht an der einen oder anderen Stelle eine Eiterblase gebildet, die die Lappen abzuheben im Begriffe ist — und das kommt zuweilen vor — so wird dem schnell durch Anstechen der Blase Einhalt gethan. In einzelnen Fällen haben wir auch gerade mit Rücksicht auf diese Eiterblasenbildung und ihre sofortige Beseitigung offen behandelt; bei einem Falle



von Lupus nasi mit recht gutem Erfolge; dennoch halten wir es für besser in allen Fällen, nachdem aufgepflanzt worden ist, eine leichte Compression auszuüben.

Stossen sich nun im weiteren Verlaufe hie und da trotzdem Theile der Implantationen ab, und tritt die bei Lupus immer so üppige Granulation zu Tage, so haben wir uns nie gescheut, diese Granulation mit starken Höllensteinlösungen zu bekämpfen, damit von den anhaftenden Theilen ausgehend auch diese Stellen überwachsen werden konnten. Ideal wäre es ja, wenn mit einem Schlage die ganze Fläche zuwüchse, aber das ist eben nicht immer der Fall.

Wir wollen noch nachtragen, dass wir bei den Transplantationen immer Sorge getragen haben, dass die aufzulegenden Lappen auch noch bis auf die gesunde Haut reichen, es ist das ein einfaches und gutes Fixationsmittel, indem die feuchte untere Epidermisseite der Lappen fest an der Unterlage der gesunden Haut anklebt; aus denselben Gründen sorgten wir, dass die Lappen sich dachziegelförmig übereinander legten.

Beim Ausbreiten der feinen Lappen Epidermis auf der neuen Grundlage bedienen wir uns in letzter Zeit der bekannten feinen Schäufelchen, wie sie bei Verarbeitung von Microtomschnitten im Gebrauch sind; wir kommen damit besser zum Ziele wie mit Sonden.

Wenn die neu geschaffene und zu transplantirende Grundfläche recht schön trocken ist, so machten wir oft die Beobachtung, dass schon bei der Operation, also nach wenigen Minuten, ein verhältnissmässig festes Ankleben stattgefunden hat.

Haben wir kleinere Stücke Lupushaut, etwa bis zu Handflächengrösse excidirt, so gelingt es leichter eine Eiterung zu verhüten, anders bei grösseren Flächenexcisionen, wenn etwa in einer Sitzung die Hälfte des Gesichts und noch mehr entfernt wurde; es ist dann schon schwieriger vollständig aseptisch zu bleiben und es entsteht dann die Frage, wie sollen wir uns gegen diese Eiterung, die das Anhaften frischer Lappen ganz gewiss illusorisch macht, verhalten?



(Erwähnen will ich kurz an dieser Stelle, dass ich auch in einem Falle von echtem Lupus erythematosus der Nase, der zwar ganz umschrieben kaum zehnpfennigstückgross auftrat, aber trotzdem Jahre lang erfolglos mit Pflastern und Kauterisationen behandelt worden war, in kurzer Zeit eine definitive Heilung erzielte; in den meisten Fällen von Lupus erythematosus wird man ja mit schonenderer Behandlung auskommen, aber für einzelne nicht zu ausgedehnte und hartnäckige Fälle glaube ich auch die Transplantationsmethode empfehlen zu können.)

Es empfiehlt sich, in derartigen Fällen den ersten Verband schon nach kürzerer Frist, vielleicht nach 24—48 Stunden, zu erneuern; ist dann doch schon Eiterung eingetreten, so gelang es möglichst viel von dem Implantirten zu retten, wenn ein Trockenverband mit Jodoform oder Airolgaze angelegt wurde, über die Gaze Verbandwatte und comprimirender Verband; auf diese Weise gelingt es die Flächen möglichst trocken zu halten; auch die folgenden Verbände wurden möglichst oft erneuert; wie schon angedeutet, tritt nach 3—5 Tagen wieder eine neue Schwierigkeit uns entgegen in Gestalt der üppigen Granulation; es hat sich zwar nun entschieden, wie viel von den Lappen haften geblieben ist, aber wir müssen doch zu verhüten suchen, dass die Granulation nicht die anhaftenden Stellen überwuchert und um diesen Zweck zu erreichen, gibt es zwei Wege, zwischen denen wir zu wählen haben, je nachdem hinreichend oder doch nicht ausreichend im Verhältniss zu den zu überhäutenden Stellen oder Flächen haften geblieben ist: entweder nochmals nach vorheriger Ausschabung des Granulationsgewebes zu transplantiren oder durch tägliche Pinselungen mit 2—6%igen Höllensteinlösungen oder durch Application 0·5—2%igen Höllensteinumschläge für die Möglichkeit der Ausbreitung der Läppchen in der Fläche Sorge zu tragen. Wir haben wiederholt uns, je nach der Auswahl der Fälle zu dem einen oder anderen entschliessen müssen und dann doch zum Ende gute und besonders gute kosmetische Resultate erzielt; das nun hat sich uns besonders zur Evidenz gezeigt, dass Höllensteinlösungen frisch anhaftenden Läppchen nicht im weiteren Wachsthum hinderlich sind und dieselben nicht

zerstören; die Zerstörung des Argentum nitricum richtet sich nur gegen die Granulationswucherung. Wir ziehen Aetzungen mit Lösungen schon aus dem Grunde vor, weil sie den Patienten weniger schmerzhaft sind wie der Lapis in Substanz, dann aber glauben wir auch, dass der Stift der jungen anhaftenden Epidermis nicht so zuträglich ist, wie die eben erwähnten Lösungen.

Bekanntlich neigt der Lupus, wenn er operirt ist, da es sich doch zumeist um oberflächlich gesetzte Wunden handelt, nicht so sehr zu accidentellen Wunderkrankungen; dennoch ist auch mit diesen Eventualitäten zu rechnen. Ein echtes Erysipel mit hohem Fieber zerstörte uns in zwei Fällen die Transplantationen und machte eine erneute Ausführung derselben erforderlich. Natürlich werden derartige Zufälle durch strengste Antisepsis möglichst zu vermeiden sein. vollständig lassen sich dieselben auch bei grösster peinlichster Aufmerksamkeit nicht verhüten.

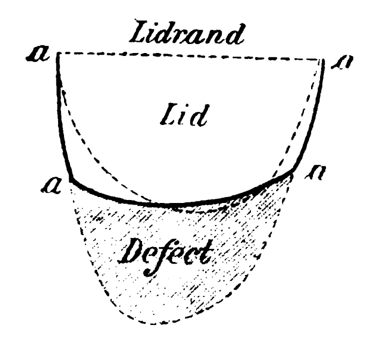
Andere Uebelstände bei den Transplantationen verdienen noch erwähnt zu werden. Eine keloidartige Narbenhypertrophie kommt auch bei Transplantationen vor; wir wissen, dass eben manche Individuen aus uns unbekannten Ursachen dazu incliniren. Zu Anfang soll man, wenn derartige besonders im Gesicht entstellende Hypertrophien sich einstellen, abwarten, da sich dieselben oft noch spontan zurückbilden. In einem Falle haben wir, und wir glauben dies zur Nachahmung empfehlen zu können, die Hyperplasien nach der Mikulicz'schen Methode für Naevi entfernt und dadurch auch ein zufriedenstellendes kosmetisches Resultat erzielt.

Besonders in Fällen. wo durch das Tiefergreifen des lupösen Processes wir gezwungen waren auch tiefer zu excidiren, kann es bei gleichzeitig in der Fläche ausgedehnten Lupusfällen d. h. bei Fällen, bei denen über die Hälfte des Gesichts befallen ist und, wo die Krankheit sich nahe an die Augenlider oder an die Peripherie des Mundes heranzieht, noch mehr, wenn wir gezwungen sind, Theile der Lippen und der Lider selbst zu excidiren, zur Ausbildung eines Ectro-

[1]) Miculicz. Chirurgische Behandlung der Hautmäler. Verhandl. des IV. Congr. der Deutschen dermat. Ges. 1894 p. 176.

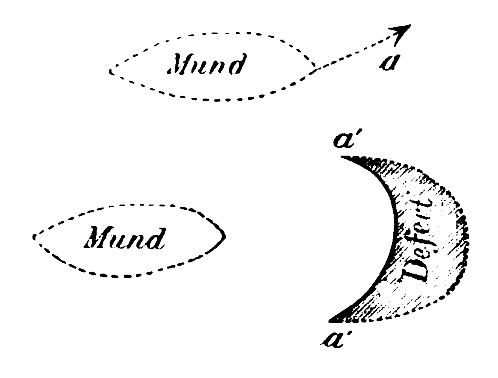


piums kommen und es ist vorausgesetzt, dass wir von dem Grundsatze ausgehen, alles Tuberculöse entfernen zu wollen, eine solche Störung nicht immer zu vermeiden, ebensowenig eine Verziehung der Mundöffnung nach der einen oder anderen Richtung. Was die unteren Augenlider nun anlangt, so ist es auffällig, wie nahe man bei der Excision an dasselbe herangehen darf, ohne dass ein Ectropium entsteht. Aber, wie schon hervorgehoben, haben wir in einzelnen Fällen in Nachoperationen die Beseitigung eines sich ausbildenden Ectropiums zu erstreben. Es würde zu weit führen und zu sehr in das Gebiet der reinen Chirurgie übergreifen, wollten wir uns hier näher darauf einlassen, welche von den plastischen Operationen zu wählen sei. Wir möchten nur ein Verfahren



näher skizziren, das sich an die Thiersche Transplantationsmethode eng anschliesst, ziemlich gute Dienste leistet, sich auf ziemlich viele Fälle anwenden lässt und vor Allem den Vorzug der Einfachheit hat.

Exemplificiren wir auf ein Ectropium des rechten unteren Augenlides, so haben wir einen Schnitt zur Entspannung parallel



dem Lidrande geführt und diesen, um das Lid vollständig zu lockern, bis zu den Augenwinkeln verlängert — Linie *aaaa* — Natürlich müssen alle spannenden Stränge gespalten werden; es geht nun das Lid in seine ursprüngliche Lage zurück, die Auswärtsstülpung der Schleimhaut ist beseitigt; zur Vorsicht wurde das Lid in dieser Lage durch zwei temporäre Nähte an der Stirn fixirt, endlich sofort der Defect durch eine Thiersche Implantation gedeckt. — War die Mundöffnung etwa in der Richtung a narbig post operationem oder in Folge des Krankheitsprocesses verzogen, so haben wir in ähnlicher Weise nach der Richtung, wo die stärkste Spannung war, durch Entspannung in bekannter Weise einen Defect gesetzt, diesen dann wieder in derselben Weise nach Thiersch gedeckt.

Zur Frage von der Injectionstechnik bei der Behandlung von Syphilis.

Von

Magnus Möller,

Docent der Syph. und Derm. in Stockholm.

In einer kürzlich gemachten Mittheilung,[1]) betreffend Lungenembolien bei Injectionsbehandlung von Syphilis, kam ich zu einigen Schlüssen, von denen folgende die wichtigsten waren:

1. In der Literatur habe ich 29 Fälle von Lungenaffection zufolge intramusculären Injectionen von unlöslichen Quecksilberpräparaten veröffentlicht gefunden; selbst habe ich 28 solche Complicationen beobachtet.

2. Der klinische Verlauf ist in den bisher beobachteten Fällen in der Hauptsache übereinstimmend und bildet einen typischen, gut charakterisirten Symptomencomplex. Die Symptome sind theils local, von den Lungen: Hustenparoxysmus, Athemnoth, Stich, blutiges Sputum; theils allgemein, oder von anderen Organen: Fieber, Anämie, Mattigkeit, Albuminurie, Digestionsstörungen.

3. Bei angestellten Thierversuchen (Kaninchen) ergab es sich, dass bei intravenösen Injectionen von essigsauerem Thymolquecksilber, suspendirt in irgend einem Vehikel, regelmässig embolisch-inflammatorische Veränderungen in den Lungen entstehen. Diese werden von den grösseren Partikelchen des Präparates hervorgerufen, welche zufolge ihrer Grösse nicht die feinen Verzweigungen der Lungenarterien passiren können, sondern abfiltrirt werden, stecken bleiben und Embolien bilden. Durch die Irritation, welche sie in ihrer Umgebung bewirken, werden exsudative Processe, perivasculäre pneumonische Herde, hervorgerufen. — Die Hauptmasse des Hg-Präparates, welche aus äusserst kleinen amorphen Körnchen besteht, wird dagegen durch den Lungenkreislauf mit der Circulation weitergeführt.

4. Bei intravenöser Injection des Vehikels allein (Paraffin, Gummischleim) entstehen wohl auch Circulationsstörungen beim

---

[1]) Arch. f. Derm. u. Syph. 1896. 37. Bd. 3. H. p. 395.

Passiren des Lungenkreislaufes, indessen nur solche von unvergleichlich milderer Art: kleine capilläre Infarcte ohne Spur von den ausgeprägten Exsudationsprocessen, welche das Hg-Präparat hervorrief.

5. An den Versuchsthieren gemachte intramusculäre Injectionen von essigsauerem Thymolquecksilber bewirkten keine Veränderungen in den Lungen.

Aus diesen Befunden zog ich die Schlussfolgerung, dass, wenn bei Menschen nach Injection von unlöslichen Hg-Präparaten obenangedeutete Complication seitens der Lungen entsteht, diese in embolisch-inflammatorischen Processen ihren Grund hat, welche durch die in den Lungen abfiltrirten grösseren Partikeln des Injectionspräparates hervorgerufen werden. Die übrigen Symptome: Digestionsstörungen, Anämie, Mattigkeit, Albuminurie, sind als Ausdruck einer acuten Quecksilberintoxication aufzufassen, welche durch die Menge des Hg-Präparates leicht entstehen können, die auf einmal hineinkommt und mit dem Blute circulirt und wahrscheinlich in löslichen Verbindungen schnell übergeführt wird.

6. Alle meine Fälle von Lungenembolien sind bei 3—3·5 Cm. tief in die Musculatur gemachten Injectionen vorgekommen; seitdem aber das Verfahren dahin geändert worden ist, dass die Injectionen weniger tief gemacht werden, sind niemals mehr derartige Fälle vorgekommen.

Bevor ich weitergehe, muss ich mich gegen die von Hartung,[1]) einem der letzten Autoren in diesem Gegenstande, ausgesprochene Resignation bezüglich dieser Complicationen aussprechen. Nach der Erwähnung von Lungenaffection in unmittelbarem Anschluss an die Injection von Salicylquecksilber schliesst H. nämlich mit folgenden Worten: „Wir können diese Gefahr mit in den Kauf nehmen, und ich glaube, wir können es ganz ruhig bei intacten Lungen mit Rücksicht auf die grosse Seltenheit des Zufalles und den sehr bedeutenden Werth gerade dieser Form der Hydrargyrumtherapie."

Hartung's Mittheilung veranlasste Lesser,[2]) das Wort zu ergreifen. L. spricht die Ansicht aus, dass diese Fälle

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1894. Nr. 29 p. 601.

[2]) Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. Separatabdr.

ganz gewiss nicht so selten sind, aber wahrscheinlich oft verschwiegen werden, dass es ferner nicht richtig sein kann, „sie ruhig mit in den Kauf zu nehmen". Denn obgleich bislang kein bekannter Fall einen unglücklichen Ausgang genommen hat, so ist damit nicht bewiesen, dass nicht ein solcher eintreffen könnte. — Jedenfalls bezweifle ich, dass die Patienten, welche ganz plötzlich und unerwartet in die erwähnte, oft sehr qualvolle Situation mit ihrem Hustenparoxysmus, Seitenstechen, Athemnoth u. s. w., der tage-, zuweilen wochenlangen Arbeitsunfähigkeit, geneigt sind, die Sache „ganz ruhig" zu nehmen. Es kann nicht befremden, dass verschiedene Patienten mit Kenntniss der Gefahr, welcher sie sich aussetzten, die Injectionsbehandlung ablehnten. Gerade mit Rücksicht auf „den sehr grossen Werth dieser Form der Hydrargyrumtherapie" muss man es wohl deshalb wie Lesser für höchst wünschenswerth halten, einen Ausweg zur Vermeidung dieser mindestens sehr unangenehmen Complicationen zu finden.

Bei meinem ersten oben angeführten Punkte muss es unbedingt auffällig erscheinen, dass auf mein Los 28 solcher Fälle kommen, während die früheren Autoren auf diesem Gebiete nur wenige hierhergehörige Beobachtungen mitzutheilen hatten. Dies muss seine besondere Ursache haben.

So selten, wie man nach den Ziffern in der Literatur zu glauben versucht sein könnte, kommen diese Lungencomplicationen indessen gewiss nicht vor. Ich habe mich in dieser Beziehung theils mündlich, theils schriftlich bei fünf schwedischen Specialisten (den Doctoren Södersten in Gothenburg, Welin in Malmö, Lindholm, Kempf und Ahlström in Stockholm) erkundigt, welche alle Injectionsbehandlung der Syphilis in grösserer Ausdehnung ausgeübt haben. Sämmtlich haben sie die Auskunft gegeben, dass sie bezüglich solcher Lungencomplicationen Erfahrung haben; alle haben mir ganz charakteristische Fälle mitgetheilt, von deren genauer Wiedergabe ich indessen abstehe, weil sie alle dem nunmehr bekannten Typus folgen mit plötzlich, oft unmittelbar nach der Injection eintretendem Hustenparoxysmus, Athemnoth, Stich u. s. w. — Anderseits hat Prof. Welander mitgetheilt,[1]) dass er, mit

[1]) Svenska Låkaresållsk. förhandl. 1896 p. 200.



seiner überlegenen Erfahrung, niemals eine solche Lungencomplication bemerkt hat.

Bei Erwägung dieser anscheinend unvereinbaren Mittheilungen lag die Frage nahe, ob die Erklärung nicht in der Ungleichheit der Injectionstechnik der verschiedenen Aerzte zu suchen sein könne. Diese Annahme bestätigt ja schon meine eigene Erfahrung (Punkt 6), nach welcher verschiedene Injectionsweisen einen wesentlichen Unterschied in der Frequenz der Lungencomplication ergaben.

Die Lungenaffection kommt dadurch zu Stande, dass die Injectionsmasse in eine Vene und durch diese in den Lungenkreislauf gelangt — dies dürfte wohl in Analogie mit den Resultaten meiner Injectionsversuche an Kaninchen (Punkt 3) als erwiesen betrachtet werden können. Die Gefahr, Gefässe zu lädiren, muss natürlich in demselben Masse grösser sein, als der Gefässreichthum des zu injicirenden Gebietes grösser ist. Dies könnte deshalb zunächst ein Grund sein, den relativen Gefässreichthum verschiedener Theile des Gebietes zu untersuchen, wo die Injectionen vorzugsweise angebracht werden, d. h. die Glutealgegend.

Die Hauptgefässstämme der Glutealgegend [1]) sind die Vasa glutea und Vasa ischiadica, welche das Becken durch das Foramen ischiadicum verlassen, die ersteren über, die letzteren unter dem M. pyriformis. Die Art. glutea mit den begleitenden Doppelvenen biegt sich um den oberen Rand der Incisura ischiadica major und theilt sich in zwei Hauptäste, von denen der eine sich oberflächlicher, im oberen Theile des M. gluteus maximus, der andere, tiefer, in den Mm. glutei medius und minimus verzweigt. Die Art. ischiadica ist da, wo sie an dem unteren Rande des M. pyrif. hervorkommt, von einem reichlichen Plexus mehr oder weniger grossen Venen umgeben. Die Arterie theilt sich in eine Anzahl divergirender Aeste, welche sämmtlich von Doppelvenen begleitet sind. Es lassen sich drei Hauptrichtungen unterscheiden: 1. rückwärts in den unteren Theil des M. gluteus maximus; 2. seitwärts, unterhalb und parallel mit dem unteren Rande des M. pyrif. nach den tiefen äusseren Hüftmuskeln und dem Hüftgelenk und 3. abwärts, in der

[1]) Vergl. Henle. Handb. der Gefässlehre. Braunschweig 1868 p. 172.



Richtung nach dem äusseren Theile des Tuber ischii, zu den langen Beugemuskeln u. s. w. Ausser den diese Arterien begleitenden tiefen Venen gibt es subcutane Venenstämme, welche an Breite bis 3 Mm. und darüber betragen können. Sie anastomosiren mit den tiefen mitten durch die dazwischen liegende Musculatur. Der M. gluteus maximus ist sehr gefässreich. Die intramusculären Venen haben keinen constanten Verlauf und begleiten die Arterien nicht.

Um nun zu untersuchen, ob und in welchem Masse bei intramusculären Injectionen die Spritzenspitze in eine gefährliche Nähe von grösseren Gefässen kommen kann, erbat und erhielt ich Prof. Lindström's Erlaubniss, einige solcher Injectionen im Anatomiesaal des Karol. Institutes auszuführen. Die Leichen, ihrer 3, waren männlichen Geschlechtes und hatten mässige oder mehr als mässige Musculatur, waren aber ziemlich, obwohl nicht hochgradig mager. Im Anschluss an die in der Injectionstherapie gebräuchlicheren Prädilectionsstellen wählte ich für die Injectionen drei leicht bestimmbare Punkte:

I. im obersten Theile des M. gluteus maximus, ungefähr 3—5 Cm. von der Crista ilei;

II. ungefähr 2 Cm. hinter und 1 Cm. oberhalb der hinteren-oberen Spitze des Trochanter major.;

III. in dem Mittelpunkte zwischen der Spina ilei post. sup. und der unteren Fläche des Tuber ischii, 6 Cm. von der Medianlinie.

Die Canüle der Injectionsspritze war 3·5 Cm. lang. Zur Injection wurde eine Paraffinsuspension von essigsauerem Thymolquecksilber verwandt, welche sich durch ihre weisse Farbe von den umgebenden Theilen gut unterscheidet.

An den zwei letzteren Punkten wurde die Injection winkelrecht zur Hautfläche 3—3·5 Cm. tief in die Musculatur gemacht. Dies in Uebereinstimmung mit der nunmehr allgemein angenommenen Regel, die Injectionsmasse möglichst tief[1]) zu de-

[1]) „Mais surtout qu'on n'oublie pas qu'il faut piquer profondément avec de longues aiguilles de 6 centimètres et effectuer le dépôt en pleines masses musculaires" (Jullien. Ann. de derm. et de syph. 1896 p. 177). — — — „J'enfonce perpendiculairement dans toute sa longeur l'aiguille . . . j'emploie actuellement une aiguille d'une longeur de cinq ou six centimètre". (Portalier, idem, p. 300—301.)



poniren. An dem ersten Punkte dagegen in der Weise, wie ich die Injectionen jetzt stets ausführe, d. h. man ergreift eine dicke Falte von Haut und subcutanem Gewebe, parallel mit der Medianlinie und führt die Canüle in ihrer ganzen Länge schräg in der Richtung der Hautfalte tief unter die Haut und das subcutane Gewebe hinein, um das Depôt supra- oder wenigstens mehr oberflächlich intramusculär zu deponiren.

Bei der Dissection unterstützte mich der Hr. Cand. Forssner.

Nachdem die drei Injectionen auf eben angegebene Weise gemacht worden waren, wurden nach einander Haut, Panniculus adiposus und Fascia abgenommen, wonach die Muskeln bezw. Muskelbündel vorsichtig zertheilt wurden. Es ist natürlich, dass das Depot in den verschiedenen Fällen mehr oder weniger tief, ganz nach der individuell wechselnden Dicke der betreffenden Gewebelager wiedergefunden werden musste. An den drei Leichen betrugen Haut und Panniculus adiposus in keinem Falle mehr als 1 Cm.; die Fascia ist in dieser Gegend ganz schwach ausgeprägt; die Dicke des M. gluteus maximus wechselte bei den verschiedenen Leichen und an verschiedenen Stellen zwischen 2 und 3 Cm.,[1]) am dicksten ist er an den mit II. und III. bezeichneten Punkten. Haut, Panniculus und M. gluteus maximus betrugen also in keinem dieser Fälle mehr als 4—4·5 Cm. — In wesentlichen Beziehungen war volle Uebereinstimmung vorhanden zwischen den besonderen, auf analoge Weise und Stelle gemachten Injectionen. Die Resultate der drei Injectionsweisen waren kurz folgende:

I. (im oberen Theile des M. gluteus maximus; supra- oder mehr oberflächlich intramusculär). Die Injectionsmasse wurde jedesmal im M. gluteus maximus 0·5—1 Cm. von dessen Oberfläche wiedergefunden. Kein Gefäss von bemerkenswerther Grösse konnte in der Nähe des Depôts constatirt werden. Ein Ast der Vena glutea, welche noch mitten im Muskel ziemlich dick ist, könnte bei tieferer Injection vielleicht lädirt werden.

[1]) Henle, Handbuch der Muskellehre des Menschen, 2. Aufl. 1871 gibt an, dass der M. glut. max. „sehr mächtig (über 3 Cm.) ist". — Poirer, Traité d'anatomie humaine, T. II. fasc. p. 189 sagt vom M. gl. max., dass er „fort épais, 3 à 4 ctm. moyenne" ist.



II. (2 Cm. hinter und 1 Cm. über dem Trochanter major; winkelrecht gegen die Hautfläche tief in die Musculatur hinein). Fünf Injectionen wurden auf nahezu derselben Stelle angetroffen. Das Depot wurde in einem Falle im M. gluteus maximus nahe an dessen unterer Fläche wiedergefunden; zweimal in dem lockeren Bindegewebe zwischen diesem Muskel einerseits und dem M. gluteus medius und pyriformis anderseits; zweimal am unteren Rande des M. gluteus medius; einmal unter dem M. pyriformis im Bindegewebe zwischen diesem und dem M. gluteus minimus. Gefährliche Nachbarschaft von grösseren Gefässen war nicht vorhanden. Sobald man sich oberhalb des Troch. maj. hält, entgeht man den grössen Lateralästen der Vasa ischiadica, welche nach den Rotatoren etc. laufen.

III. (Mittelpunkt zwischen der Spina ilei post. sup. und dem unteren Rande des Tuber ischii, 6 Cm. von der Medianlinie; winkelrecht gegen die Hautfläche, tief in die Musculatur hinein). Fünf Injectionen wurden auf nahezu derselben Stelle angetroffen. nämlich unter dem M. gluteus maximus, unter dem unteren Rande des M. pyriformis, in dem lockeren Gewebe um die Vena ischiadica (oder den reichen Venenplexus, welcher sich früher oder später zu einer Vena ischiadica sammelt), an der Art. ischiadica und dem N. ischiadicus, in unmittelbarer Nähe derselben. Einmal wurde indessen die Injectionsmasse nicht an der gewöhnlichen Stelle wiedergefunden; nach einigem Suchen sahen wir bei der Lädirung eines Venenästchens höher hinauf (von der Vena glutea) zu unserer Ueberraschung einige Tropfen der weissen Emulsion durch das Lumen dieser Vene herauskommen und bei Druck auf deren Stamm noch mehrere. Wir erkannten endlich, dass die ganze Injectionsmasse in die Vena schiadica gedrungen war, von wo aus dieselbe bis hinauf in die Vena hypogastrica und deren Verzweigungen verfolgt werden konnte. Die Spritzenspitze war offenbar in das Lumen der Vena ischiadica dicht unter dem M. pyriformis hineingedrungen, wobei der Inhalt der Spritze vollständig in die Vene entleert worden war. Es ist zu bemerken, dass in diesem Falle die Vena ischiadica eine mehr als gewöhnlich breite, zugängliche Fläche darbot, deren Stamm 1·5 Cm. in der Breite mass. Ausserhalb der Vene war nirgends etwas von der Injections-



masse zu bemerken. In diesem Falle hatte es der Zufall gefügt, dass die Injection, anstatt intramusculär zu werden, intravenös geworden war.

Besonders aus diesem letzten Injectionsversuche ist zu ersehen, welch eine gefährliche Stelle für intramusculäre Injectionen der gewählte Punkt III ist. Bei einer tiefen Injection hier, mitten zwischen die Spina il. post. sup. und den Tuber ischii, 6 Cm. von der Medianlinie, richtet man nämlich die Spritzenspitze gerade gegen die Mitte des Foramen ischiadicum mit dessen reichem Venenplexus. Dieser liegt je nach den individuellen Wechslungen in Musculatur und Corpulenz, in einer Tiefe von 3, 4, 5 Cm. und zuweilen mehr. Auch andere Theile als Venen sind bei tiefer Injection auf dieser Stelle der Lädirung ausgesetzt, nämlich die grossen Arterienstämme [1]) wie auch der N. ischiadicus. [2]) Der genannte Punkt ist der gefässreichste in der Glutealgegend. Lateral von hier nach dem Troch. maj. hin, wie auch vertical, nach dem Tuber ischii hinab, riskirt man fortfahrend, wenn auch in viel geringerem Grade, mit den grossen Hauptästen der Vena ischiadica in Collision zu kommen

Bedeutend geringer wird, auch bei tiefer Injection, die Gefahr, auf grössere Gefässe zu stossen, wenn man sich an die Theile der Glutealgegend hält, welche oberhalb einer Horizontallinie liegen, die die obere Spitze des Trochanter major tangirt.

Und wenn man endlich die Injection in oben beschriebener Weise ausführt, dass man einen dicken Wulst von Haut und subcutanem Gewebe (und Muskel bei mageren Personen) erfasst und die Nadel in ihrer ganzen Länge in der Richtung des Wulstes tief unter die Haut und das subcutane Gewebe (bei mageren Personen in den M. glut. max. hinein) sticht, so wird die Gefahr, auf Gefässe zu stossen, auf ein Minimum reducirt.

Es ist anzunehmen, dass die Entstehung von Lungenembolien voraussetzt, dass die Nadelspitze in das Lumen einer

[1]) Conf. Möller. Ueber Lungenembolien usw. Archiv. 37. Bd. 3. H pag. 419.

[2]) Mehrwöchentliche Parese des N. ischiadicus nach einer von einem Collegen gemachten Thymol-Hg-Injection habe ich im vorigen Jahre beobachtet.



Vene hineingedrungen und die Injection direct in diese gemacht worden ist. Dafür sprechen die oft unmittelbar auftretenden Symptome, vor allem der Hustenparoxysmus. Dagegen habe ich bei meinen Dissectionen keine Stütze für Langs[1]) Annahme gefunden, dass der Zutritt der Injectionsmasse zu den Venen in der Weise erfolgen kann, dass durch die Grösse des Depots eine Gewebszerreissung stattfindet und also der Injectionsmasse Gefässe geöffnet werden. Die Menge des Vehikels, natürlich innerhalb gewisser Grenzen, scheint mir eine sehr untergeordnete Rolle zu spielen. Auch wenn ein Gefäss abgerissen oder möglicherweise durchstochen werden sollte, so ist die dabei entstehende Blutung genügend, um das Eindringen der Injectionsmasse zu verhindern. Ganz anders verhält es sich, wenn man die Injection direct in ein Gefäss macht, dann ist natürlich ein Embolus die nothwendige Folge.

Und wie die Injection einmal an der Leiche intravenös erfolgen konnte, so ist sie, wie man vermuthen kann, auch an Lebenden zuweilen intravenös geschehen, und zwar vor allem an dem oft genannten, in dieser Beziehung gefährlichen Punkt III. Dann aber ist es nicht mehr schwer zu erklären, warum die Erfahrung der verschiedenen Aerzte hinsichtlich der Lungenembolien bei der Injectionstherapie so sehr verschieden ist. Dieselbe muss selbstverständlich verschieden sein je nach dem Theil der Glutealregion, welche der eine oder der andere als Prädilectionsstelle für seine Injectionen hat, wie auch nach der grösseren oder geringeren Tiefe, in welcher die Injectionen gemacht werden. Der eine Arzt wählt die Fossa retrotrochanterica, der andere den oberen Rand der Glutealmusculatur u. s. w. Ich hatte eine verticale Linie, ungefähr 6 Cm. lateral von der Medianlinie gewählt; es ist daher ganz gewiss, dass ich in dieser Linie, bei tiefen Injectionen, zuweilen habe auf den Plexus ischiadicus stossen müssen, und damit ist die Erklärung gewonnen, warum ich so oft die unangenehmen Complicationen seitens der Lungen habe sehen müssen. Nachdem ich meine Injectionstechnik dahin geändert habe, dass ich theils den oberen Theil der Glutealgegend (3—4 Injectionen auf jeder Seite in einem Bogen von innen nach aussen) wähle und anderntheils

[1]) Vorles. über Path. u. Ther. der Syph. Wiesb. 1896 p. 817.



die Injection weniger tief mache, treffen keine Lungencomplicationen mehr ein. (Die Stelle hinten — über dem Trochanter vermeide ich, weil Schmerz und Empfindlichkeit hier grösser werden und besonders bei Seitenlage in der Ruhe lästig sind).

Ich glaube, hiermit eine Weise angegeben zu haben, wie Veneninjectionen und somit Lungenembolien zu vermeiden sind. Den letzteren kann man indessen auch dann zuvorkommen, wenn man die Vorsichtsmassregel trifft, welche unter anderen von Lesser[1]) vorgeschlagen worden ist, und die darin besteht, dass man, nachdem der Einstich mit gefüllter Spritze in üblicher Weise gemacht worden ist, die Canüle festhält, die Spritze aber einige Augenblicke entfernt, bis man constatirt hat, dass kein Blut aus der Canüle herauskommt. Erst dann setzt man die Spritze wieder fest und vollendet die Injection.

Aus mehreren Gründen ziehe ich die erstere Weise vor, nämlich so viel als möglich die Nähe der grossen Gefässe und des N. ischiadicus zu meiden. Nachdem man einmal bei Versuchsinjectionen an Leichen den Venenplexus, die Arterienstämme und den N. ischiadicus von der Injectionsmasse umschwemmt gesehen hat, bekommt man einen gewissen Respect davor, die Spritzenspitze gerade gegen diese Theile zu richten.

Zu den obigen Schlüssen, zu welchen mich eine frühere Untersuchung geführt hat, kann ich also noch die drei folgenden fügen:

7. Die grösste Gefahr vor einer Veneninjection und Lungenembolien ist bei tiefer Injection an einem Punkt mitten zwischen der Spina ilei post. sup. und dem Tuber ischii, ungefähr 6 Cm. von der Medianlinie. Diese Gefahr besteht noch, aber in geringerem Grade, von diesem Punkt aus lateral nach dem Trochanter major und vertical nach dem Tuber ischii hin.

8. Weit weniger Gefahr in angedeuteter Beziehung bietet die obere Glutealgegend, oberhalb der Horizontallinie, welche die obere Spitze des Trochanter major tangirt.

9. Wenn man die Injection weniger tief verlegt (in der Weise wie oben S. 8 beschrieben), supramusculär oder in den oberflächlicheren Theil des M. gluteus maximus, so entgeht man der Gefahr vor Lungenembolien.

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1894. Nr. 39. Sep.-Abdr.



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 10. März 1897.

Vorsitzender Kaposi. Schriftführer: Spiegler.

S. Kohn demonstrirt

1. einen Fall von Lichen ruber planus, der bereits vor 13 und dann vor 5 Jahren Anfälle der Erkrankung hatte, die auf Arsenbehandlung heilten. Gegenwärtig besteht ein Recidiv an der Wangenschleimhaut und auch in der Kniegelenksgegend.

2. einen typischen Fall von Erythema nodosum, das seit zweieinhalb Monaten besteht.

Kaposi erwähnt, dass Lichen ruber auf der Schleimhaut schwer zu diagnosticiren ist, da daselbst alle möglichen Knötchenefflorescenzen durch Trübung des Epithels sich gleichsehen. In diesem Falle sind jedoch die Knötchen an der Haut typisch, schwierig wird es, wenn die Affection an der Schleimhaut beginnt.

Neumann bemerkt, diese Knötchen könnten mit verstopften Schleimdrüsen verwechselt werden.

Kaposi demonstrirt ein Kind mit einer Affection, die vielleicht als Pemphigus contagiosus aufzufassen wäre. Die Mutter des Kindes brachte vor einem Monate ein 10 Tage altes, reif geborenes, jedoch hochgradig marastisches Kind, das am ganzen Körper besäet war mit erbsen- bis kreuzergrossen prallen, theils schlappen, theils auch geplatzten Blasen. K. diagnosticirte Pemphigus vulgaris et foliaceus, beziehungsweise cachecticus. Das Kind starb nach drei Tagen.

Gleich darauf erkrankte ein $2^1/_2$jähriger Knabe derselben Frau. Er zeigte am rechten Handrücken eine kreuzergrosse rothe Scheibe, die durch Austrocknung einer vorausgegangenen Blase entstanden war. Dann traten Nachschübe von gleicher Form, kreuzer- bis thalergrosse rothe Scheiben ad nates über dem rechten Hypochondrium auf, manche zeigten randständig gelbe, von einem Blasenkreis herrührende Krusten, ferner frische Blasen ad nates, mehrere schlappe Blasen, an der rechten Wange vor dem Ohre, am linken Oberschenkel, andere grössere Herde glatt überhäutet.

Gleichzeitig erkrankte ein 14 monatliches Kind derselben Frau an der gleichen Affection.

Die Kinderärzte unterscheiden einen Pemphigus contagiosus neonatorum, der aber von manchen als Varicellen, Impetigo oder als Verbrühung gedeutet wurde. Es gibt auch Herpes tonsurans mit grösseren Blasen, dabei besteht aber kein ungleichmässiges peripheres Fortschreiten, sondern Bläschenbildung an der Peripherie. K. hat eine ähnliche Affection noch nicht gesehen; wenn es einen Pemphigus contagiosus gibt, müsste dieser Fall dazu gehören. Bei einem ähnlichen Falle sind einmal sehr feine Mycelien eines Pilzes dargestellt worden. Ferner hat Demme einen Kokkus in Pemphigusblasen gefunden.

Schiff hat wiederholt solche Fälle bei Kindern gesehen und sie nie anders aufgefasst, wie als etwas abnorme Formen von Herpes tonsurans.

Lang meint, es sollten die letzt erkrankten Stellen auf Pilze untersucht werden. Er hat in einem ähnlichen Falle denselben Pilz wie bei Dermatomykosis circinata gefunden. Es ist eine grosse Zahl von Fällen bekannt, in denen bei der Impetigo contagiosa statt der vesiculösen bullöse Efflorescenzen sich bildeten.

Neumann hat ähnliche Fälle gesehen, sie sind selten. Bei Impetigo contagiosa kommt eine randständige Bläschenbildung bei vollständiger Rückbildung im Centrum der Efflorescenz nicht vor. Das findet sich nur bei Herpes tonsurans. Die kindliche Haut ist empfindlicher gegen die Mycelien, daher entstehen eher Blasen.

Kaposi demonstrirt einen Fall von Lichen ruber acuminatus. Der 35jährige Patient erkrankte vor 10 Wochen, es trat eine Röthung an der Brust auf, die sich rasch ausbreitete, dabei bestand Spannungsgefühl, Frösteln, Abschuppung. Jetzt sieht man das Bild einer Pityriasis rubra pilaris (Devergie), die wohl jetzt allgemein als Lichen ruber acuminatus angesehen wird. Die ganze Haut ist diffus geröthet, blos am Thorax sind einzelne kreuzergrosse Stellen vorhanden, die vor zwei Wochen über thalergross waren, an denen die Haut ganz normal ist. Die Haut sieht ferner fein chagrinirt aus, an den Fingerrücken, am Handrücken stehen dichtgedrängte Knötchen, reibeisenartig am radialen Rande. Aehnlich ist der übrige Stamm erkrankt, am Rücken ebenfalls einzelne freie Herde mit randständigen Knötchen. Stärkerer Schuppenbelag fehlt noch, da die Erkrankung erst 10 Wochen dauert.

Lang demonstrirt einen 19jährigen Patienten, der am 17. Februar d. J. mit einer exulcerirten Sclerose im sulcus und am Bändchen neben strumatöser suppurativer Lymphadenitis inguinalis aufgenommen wurde. Gleichzeitig besteht Lichen ruber planus an der Penishaut, der in charakteristischen Knötchen gruppirt, zu Ringen oder Ovalen angeordnet ist. Auch in der linken Carpalgegend finden sich volarwärts drei Gruppen. Nebenbei schiessen schon hie und da Papeln auf.

Popper stellt vor aus der Abtheilung Lang's eine Patientin mit Syphilis maligna praecox geheilt mit Jodothyrin, welche be-

reits in der Sitzung vom 15. April 1896 mit einer Syphilis maligna praecox demonstrirt wurde. Die Kranke, welche im October 1895 mit 35 Einreibungen gegen recente Syphilis behandelt worden war, bot damals guldenstückgrosse gummöse Ulcerationen und Knoten an der behaarten Kopfhaut, sowie Geschwüre am rechten Nasenflügelrande und am Septum nasi. Unter der mit Decoctum Sassaparillae eingeleiteten Therapie besserte sich der Zustand der Kranken ursprünglich sehr rasch, doch traten sehr bald Nachschübe in Form von Knoten und Infiltraten auf, von denen viele geschwürig zerfielen. Ein Versuch, die Erscheinungen durch Verabreichung von Jodol und später von grossen Jodkalidosen zum Verschwinden zu bringen, misslang, indem bei der Patientin Erscheinungen von Jodismus, heftige Conjunctivitis, starke Rhinitis und Störungen des Allgemeinbefindens eintraten. Ebensowenig konnte der Process durch eine nach einem längeren Intervalle aufgenommene Quecksilbertherapie beeinflusst werden und musste die zweimal begonnene Injectionstherapie aufgegeben werden, da sie den Process durchaus nicht im günstigen Sinne zu beeinflussen im Stande war und die Infiltrate und Geschwüre keine Tendenz zur Heilung zeigten, vielmehr immerfort neue Nachschübe auftraten. Das Hauptaugenmerk war daher darauf gerichtet, die Kranke neben indifferenter Behandlung (Emplastr. plumb etc.) in möglichst gutem Ernährungszustand zu erhalten, was auch gelang; die Kranke ist trotz der schweren Erkrankung wohl genährt und kräftig geblieben. Trotz des guten Ernährungszustandes jedoch zeigte die Krankheit keine Rückbildung, es traten, wenn auch hie und da Involution auftrat, immer neue Nachschübe in Form von gruppirten papulös-crustösen, zum Theil auch ulcerösen Infiltraten am ganzen Körper auf. Erst durch die Verabreichung von Jodothyrin im Vereine mit grauen Pillen trat eine auffallende Besserung und nach länger fortgesetzter Verabreichung vollkommene Heilung ein.

Patientin erhielt im ganzen in der Zeit vom 1./XII. 1896 bis 4. Januar 1897 44 Gr. Jodothyrin. Der Gewichtsverlust während dieser Zeit betrug nur 30 Deka. Vom 4. Januar an wurde wegen einer fieberhaften Erkrankung durch 10 Tage hindurch jede Therapie sistirt und am 14. Januar die Verabreichung von Jodothyrin bis zum 8. März fortgesetzt, daneben erhielt die Kranke vom 2. Feber bis zum heutigen Tage graue Pillen, 3 Stück pro Tag. Die Kranke erhielt in der Zeit vom 14. Januar bis 8. März 101 Gr. in toto, 145 Gr. Jodothyrin, daneben 108 Stück graue Pillen. Während in der Zeit vom 1. December bis 4. Januar, während welcher die Kranke 44 Ggr. Jodothyrin erhielt, der Gewichtsverlust nur 30 Deka betrug, verlor die Kranke in der Zeit vom 14. Januar bis 8. März, also nach Verbrauch von weiteren 101 gr. 7½ Kg. Doch ging der Gewichtsverlust nur sehr langsam vor sich, so, dass jeden 4. Tag, beim Registriren des Körpergewichtes, nur eine Gewichtsabnahme von 30—50 Deka constatirt werden konnte.

Gegenwärtig, also nach beinahe einjähriger Dauer der Erkrankung, sind die Erscheinungen sämmtlich zurückgegangen und kann Patientin als geheilt betrachtet werden.

Lang bemerkt, man könnte meinen, dass die Erkrankung auch so gut geworden wäre. Es war die Besserung nach der Jodothyrindarreichung eine offenbare, die Ulcera reinigten sich, es traten keine neuen Infiltrate mehr auf, während bis dahin immerfort Nachschübe kamen.

Kaposi demonstrirt

1. eine 62jährige Patientin, Mutter von 4 lebenden Kindern, die aussen und innen in der Ellenbogengegend thalergrosse, im Centrum eingesunkene, blaurothe Knoten zeigt. Es handelt sich um gummöse Syphilide.

2. eine 58jährige Frau mit gruppirtem Syphilid (Syphilis corymbosa) am linken Ellenbogen und an den Rippen, entsprechend der 3. und 4. Rippe. Die Narben, welche nach dieser Affection zurückbleiben werden, dürften ähnlich sein, wie dies nach einem Herpes zoster dieser Gegend der Fall wäre. Auch über der r. Schulterregion finden sich handtellergrosse Gruppen.

Ehrmann hat an den nach einem Herpes zoster zurückgebliebenen noch hyperämischen Narben gruppirte Syphilide auftreten gesehen.

Neumann demonstrirt 1. einen 17jährigen Pat. mit Favus, der 1893 von Lang und Nobl auf der Wiener Naturforscherversammlung mit universellem Favus vorgestellt wurde. Damals bestanden entsprechend den noch vorhandenen narbigen Residuen am Stamm und Extremitäten des sehr herabgekommenen auch mit Caries behafteten Kranken massige schwefelgelbe Favusauflagerungen. Jetzt ist namentlich die Kopfhaut afficirt, an welcher ausser atrophischen Stellen auch isolirte und confluirende Favusscutula sich finden. Auch an den Oberarmen ist je ein etwa kreuzergrosses lebhaft gelb gefärbtes Scutulum vorhanden, ferner hier und am Stamme mehrfache linsengrosse, blassgeröthete, leicht abschilfernde Efflorescenzen, von denen einzelne im Centrum bereits einen gelben Punkt, das beginnende Scutulum, erkennen lassen. Die Krankheit soll seit mindestens 8 Jahren bestehen.

2. einen 32jährigen Fleischhauer aus Galizien mit ulceröser Syphilis der Nase. Die Nasenflügel hochgradig geschwellt, erisypelatös geröthet, der linke von der Wange abgetrennt, das knorpelige Septum, der untere Theil des knöchernen zerstört, die Muscheln und das gesammte Naseninnere, soweit sichtbar, von einem einzigen schmerzhaften Geschwür eingenommen, das unebenen Grund, infiltrirte Ränder zeigt. Vor 10 Jahren wurde Pat. inficirt, machte 30 Einreibungen durch, auch jetzt vor dem Spitalseintritte 50 Inunctionen.

3. den bereits demonstrirten Pat. mit tuberculösen Geschwüren der Schleimhaut der Unterlippe, des Zahnfleisches und der Zungenspitze.

4. den bereits wiederholt vorgestellten Pat. mit tuberculösem Syphilid und scorbutischen Erscheinungen. Unter Gebrauch von Sublimatbädern und Decoct. Zittmanni haben namentlich die Knoten am Kinn, am Mundwinkel bis zu Nussgrösse zugenommen, am Stamme und Extremitäten sind aus den Efflorescenzen vielfach bis kronengrosse,



flach vertiefte, scharf umschriebene schmerzhafte Geschwüre mit dickem Eiterbelag entstanden.

Kaposi demonstrirt

1. einen Fall von Actinomycose am rechten Unterkieferrande. Man findet unregelmässige, rothe Knoten, theilweise mit Krusten bedeckt, aber auch jenseits dieser Knoten die Haut derber; eigenthümlich ist die unregelmässige Configuration, auch die Consistenz, unregelmässig aus harten und weichen Partien zusammengesetzt. Die Punctionsflüssigkeit ergab charakteristische Actinomycesdrüsen. Patientin ist jetzt Puerpera, die Mamma sind also geschwollen, überdies ist aber die r. Mamma grösser, angeblich seit der vorletzten Schwangerschaft im vorigen Jahre. Die untere Hälfte derselben ist hart infiltrirt, die Haut darüber geröthet. Vielleicht handelt es sich um Actinomyces der Mamma. Die Frau hat nie auf dem Lande gelebt. Sie bekommt innerlich grosse Dosen Jodkalium, local graues Pflaster.

Rille verweist mit Rücksicht auf die actinomycotischen Tumoren an der Brust der vorgestellten Kranken auf den 1893 von ihm beobachteten Fall von Hautactinomycose, welcher, was die Form und das klinische Bild der Erkrankung betrifft, ausgenommen den später von Pringle publicirten, einzig dastehen dürfte. Es bestand, wie die vorgezeigte Abbildung ergibt, bei einer 50jährigen, sonst gesunden Frau an der oberen Rückenhälfte, dann an der Brust eine grössere Zahl umschriebener, derb teigiger, hellrother, bis guldenstückgrosser Knoten und Wülste, zum Theile in eigenartiger bogen- und kranzförmiger Anordnung. Daneben an der Schulter und den Nates über flachhandgrosse, das subcutane Gewebe betreffende, fluctuirende Erweichungsherde, jedoch ohne Perforationsöffnung, ohne Fistelgänge. Im Gegensatze zu den sonst bekannten Formen von Actinomycose, beispielsweise Kieferactinomycose waren ferner in dem durch Incision gewonnenen mehr fettig und ölig als eitrig aussehenden Inhalte der Knoten makroskopisch keine Actinomyceskörner nachzuweisen und gelang die Auffindung des Strahlenpilzes erst nach langwierigem Suchen. Ueber die Art der Uebertragung wie über die Eingangspforte war nichts zu eruiren. Die Heilung erfolgte nach 67tägiger Behandlung mit 348 Gr. Jodkalium.

Kaposi demonstrirt einen Fall von Sclerodermie. Die Patientin ist schon vor einem Jahre mit der gleichen Affection an der r. Hand demonstrirt worden. Der Fall war damals dadurch instructiv, dass die sclerotischen circumscripten Herde von einem rothen Hof umgeben waren. Diese Röthung geht der Sclerosirung voran, in anderen Fällen sieht man von derselben nichts. Seitdem hat sich die Affection bedeutend ausgedehnt, an den unteren Extremitäten beinahe diffus. An der oberen Extremität, vorne am Thorax in Herden, immer mit Voranschreiten eines rothen Hofes, der später braun wird, während das Centrum marmorähnlich wird. Dabei Ernährungszustand schlecht, Motilitätsstörung, Gelenkschmerzen.



2. eine 48jährige Frau, die über dem linken Oberkiefer einen flachhandgrossen Herd, an der Nasolabialfurche eine längliche Scheibe von sepiabrauner Farbe zeigt, nahe dem inneren Rande eine pigmentirte, narbenähnliche Stelle, im übrigen die Haut glatt, nicht schuppend, beweglich, stellenweise scheint das subcutane Gewebe doch betheiligt zu sein. In einer Lepragegend würde man an Lepra denken. Vielleicht entstand es durch ein chemisch irritirendes Medicament. Canthariden könnten eine solche bleibende Pigmentation erzeugen, oder es ist ein angeborener Naevus pigmentosus, der nun weiter schreitet. Allerdings sollte er dann dunkler und nicht so gleichmässig sein.

Neumann bemerkt, dass Pigmentirungen nach Hautreizen (Daphne, Sinapis) flach, nicht verdickt sind. Es könnte noch Lupus erythematodes sein oder eine Atrophie der Haut, wie sie mitunter mit Pigmentirung Schwellung beginnt, später hört die Pigmentbildung auf, die Haut wird atrophisch. Das wurde freilich bisher nur am Stamme beobachtet. Wahrscheinlich handelt es sich um einen Naevus.

Kaposi entgegnet, dass für Lupus erythematodes keine Symptome vorhanden sind, bei Atrophie der Haut besteht keine Pigmentirung, sondern Röthung. Es wird Sublimatalkohol aufgelegt, um die Pigmentschichte zur Ablösung zu bringen.

Kaposi demonstrirt

3. eine Patientin mit Lupus erythematodes, die ursprünglich die typische Scheibenform zeigte, welche auf Behandlung abblasste. Nach 3 Monaten sucht Pat. wieder das Spital auf und zeigt die Scheiben bedeutend vergrössert und eine neue Eruption über dem Jochbein, ebenso an den Fingern frostbeulenartig.

4. ein 15jähriges Mädchen mit elephantiastischer Verdickung der Gesichtshaut nach recidivirendem Erysipel. Die Wangen sind polsterartig aufgetrieben, die Haut glatt, etwas geröthet, die Augenlider ödematös, das linke kaum zu öffnen. Die Patientin leidet seit 3 Jahren an recidivirenden Erysipel. Die Quelle desselben ist eine Conjunctivitis pustulosa, die eine immerwährende Entzündung der Nasenschleimhaut unterhält, von der aus das Erysipel ausgeht, wahrscheinlich sind auch schon die Lymphgefässe der Haut erweitert und zur Entzündung disponirt.

Finger demonstrirt Culturen mit einem neuen electiven Nährboden für Pilze. Favus, Mikrosporon furfur, Trichophyton gedeihen sehr gut. Bacillus pyocyaneus wächst und verfärbt noch etwas, prodigiosus wächst ebenfalls, Staphylococcus, Streptococcus gedeihen jedoch nicht und aus einer Mischung derselben mit Pilzen gehen bloss die letzteren auf. Der Nährboden enthält Hautpulver und Agar. 5 Gramm Hautpulver (von Rindshaut gewonnen in Droguerien käuflich) werden mehrere Stunden in 100 Gramm Wasser macerirt, mehrere Stunden gekocht, mit 2 Gr. Agar eine Stunde gekocht und filtrirt. Der Nährboden erstarrt sehr gut, ist durchsichtig, so dass auf Platten unter dem Mikroskop studirt werden kann.

Rille macht Mittheilung über einen von ihm versuchten, ähnlich hergestellten Nährboden. Zu demselben wurde aber nicht thierische,



sondern menschliche Haut und zwar sowohl solche von Cadavern als auch „lebende“ Haut verwendet, letztere gewonnen durch Circumcision der Vorhaut, welche sofort nach der Operation in physiologische Kochsalzlösung eingelegt und dann zu dem Nährmateriale weiter verarbeitet wurde. Nur im Anschlusse an die eben gemachten Ausführungen Finger's bringt R. den Gegenstand zur Sprache; hierüber gleichwie über die mit diesem Nährboden von ihm unternommene Reinzüchtung des Bacillus des venerischen Geschwüres soll demnächst berichtet werden. Rille erwähnt noch, dass der von ihm angegebene Nährboden gegenüber dem von Finger den Vorzug der grösseren Durchsichtigkeit besitze.

Sitzung vom 24. März 1897.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer: Spiegler.

Kaposi demonstrirt das von Freund vor etwa 2 Monaten vorgestellte Mädchen, bei dem durch Behandlung mit Röntgenstrahlen die Haare eines ausgebreiteten Naevus pilosus zum Ausfallen gebracht wurden. An den belichteten Stellen war nach etwa 14 Tagen eine erythematöse Entzündung aufgetreten, wenn auch nicht an allen Stellen. K. hatte sich damals dahin ausgesprochen, dass die Wirkung der X-Strahlen ähnlich wie bei der Insolation den chemisch wirkenden ultravioletten Strahlen zuzuschreiben sei, welche eine Hyperämie und später eine dauernde Parese der Gefässe veranlassen. Während jedoch die Sonnenstrahlen mehr die oberflächlichen Gefässe beeinflussen, machen die X-Strahlen mehr ihre Wirkung auf die tiefliegenden Gefässe um die Haarpapillen und Talgdrüsen geltend, daher tritt das Erythem in den oberen Partien der Cutis erst nach einiger Zeit auf. K. vermuthete, dass, wenn die Gefässe ihren Tonus wieder erhalten würden, auch wieder normale Haarbildung stattfinden werde. Thatsächlich sind die Haare am Hinterhaupte alle nachgewachsen. Ueberdies wurde am Rücken vom 8. Rückenwirbel bis zur Crena nie die Haut gleichmässig gangränös, ein Effect, der vielleicht auf eine Alteration der Eiweisssubstanzen des Gewebes zurückzuführen ist.

Freund möchte sich die genaue Mittheilung der betreffenden Daten und Beobachtungen für eine spätere ausführliche Darstellung des Krankheitsverlaufes vorbehalten. Er bemerkt nur, dass die nekrotischen Partien länger belichtet wurden als die Stelle am Nacken. Die Nekrose besteht erst seit etwa einer Woche. Bis dahin bestand nur eine ganz oberflächliche Excoriation, welche allerdings sehr hartnäckig jeder therapeutischen Beeinflussung widerstand.

Neumann bemerkt hiezu, dass aus der letzten Zeit zahlreiche Publicationen über nachtheilige Wirkung der Röntgenstrahlen vorliegen. Dies demonstrirt eine Illustration von Crooker, in welcher ein schwer heilendes Geschwür nach bloss einstündiger Belichtung resultirte. In einem anderen Falle entstand ein handtellergrosses Geschwür im Epigastrium nach ein-



maliger Durchleuchtung wegen Nierensteinen. Ferner beobachtete man Exfoliation der Haut und Ausfall der Nägel bei Demonstratoren der X-Strahlen. Der Haarausfall ist nicht constant. Es ist also eine gewisse Vorsicht bei Anwendung der X-Strahlen geboten.

Nobel demonstrirt aus der Abtheilung Grünfeld einen Fall von perniciöser Lymphodermie. Es besteht bei einer Frau eine diffuse erythematöse Röthung im Gesicht, Nacken, sich ausbreitend bis über die Brust, theils in Form von Scheiben, theils confluirend. Die Haut fühlt sich derber, teigig an, an den Extremitäten erscheint sie satinartig. Besonders deutlich ist die Verdickung der Haut des Gesichtes, da die Plumpheit der Hautfalten demselben einen morosen Ausdruck verleiht. — Starkes Jucken stört der Patientin die Nachtruhe, sie ist auch in der Ernährung sehr heruntergekommen. Es könnte sich um ein toxisches Erythem handeln, wie es bedingt wird durch Toxine, die von irgend einem versteckten Krankheitsherd, einer Pleuritis, einer Abdominalerkrankung ausgehend direct die Haut oder die vasomotorischen Centren reizen. Dafür ist kein Anhaltspunkt zu finden. Es dürfte sich demnach um eine perniciöse Lymphodermie (Kaposi) handeln, die zunächst Röthung, dann Infiltration der Haut erzeugt, später Hyperplasie der Lymphapparate. Es besteht auch bei der Patientin Hyperplasie besonders der Leisten- und Cubitaldrüsen.

Kaposi erinnert daran, dass dieselbe Patientin bereits am 14. Nov. 1896 von ihm vorgestellt wurde. Die damals bestandene starke Hyperhidrosis und Schmerzhaftigkeit haben sich verloren.

Grosz demonstrirt aus der Abtheilung Mraček einen Fall von luetischer Neuritis multiplex. Die Pat. war im vorigen Jahre wegen einer Sclerose mit folgendem Exanthem behandelt worden. Im Februar d. J. kam sie wieder mit Papeln am Genitale und an den Analfalten und einer blassen Roseola am Stamme. Ferner bestand Vertaubungsgefühl am 4. und 5. Finger der l. Hand, sowie reissende Schmerzen. Die Untersuchung ergab, dass die Motilität vollständig erhalten sei, Muskelatrophie bestand nicht, dagegen ein Sensibilitätsmangel für alle drei Empfindungsqualitäten, ferner starke Druckschmerzhaftigkeit im Gebiete des Ulnaris sowie auch spontane nächtliche Schmerzen. Reflexe normal. Nach 8 Tagen entwickelte sich auch rechts die gleiche Sensibilitätsstörung, überdies auch Hyperästhesie im Bereiche des Oberarms, wo auch verlangsamte Leitung der Empfindungsqualitäten sich nachweisen liess. Die elektrische Untersuchung ergab völligeUnerregbarkeit für den faradischen Strom im Adductor policis und den tiefen Muskeln der Hand, für den galvanischen Strom Entartungsreaction. Ebenso bestand im Gebiet des rechten Peroneus totale Anaesthesie, der Nerv ist druckempfindlich. Es handelt sich also um eine multiple Neuritis, u. zw. die sensible Form derselben. Bezüglich der Aetiologie lässt sich Tuberculose, Alkohol, Bleivergiftung, Infectionserkrankung anderer Art ausschliessen, es handelt sich also wohl um eine Neuritis luetischen Ursprungs. Auffallend ist das Zusammenfallen mit dem Luesrecidiv. Singuläre Neuritis ist in

Frühstadien der Lues nicht selten, multiple dagegen wurden selten beobachtet. Am ähnlichsten ist dem demonstrirten Falle ein von Ehrmann publicirter. Für den luetischen Ursprung sprechen auch die nächtlichen Schmerzen und die Besserung auf mercurielle Behandlung.

Ehrmann hat eine Reihe von derartigen Neuritiden in der medicinischen Wochenschrift publicirt. In einem Falle schloss sich daran progressive Paralyse mit tabischen Symptomen. In anderen Fällen wurde Pachymeningitis luetica im Ansschlus beobachtet. Auch Charcot machte auf diese Formen von ascendirender Neuritis aufmerksam.

Ehrmann demonstrirt einen Fall von Lichen scrophulosorum. An einem Hautstreifen am Rücken vom 5. Halswirbel abwärts finden sich Knötchen in eigenthümlicher Anordnung in Gruppen und Scheiben.

Wappner demonstrirt aus der Abtheilung Grünfeld ein gummöses Geschwür der Zunge. An der Zungenspitze findet sich ein dreieckiger Substanzverlust mit scharfen Rändern, etwas belegter Basis, die Umgebung des Geschwürs ist bläulich verfärbt excoriirt. Es ist zu entscheiden, ob es sich um ein Gumma oder Carcinom handelt. Da die Affection erst seit 4 Wochen besteht, 1891 der Pat. mit einem Primäraffect, 1893 mit palmarem Syphilid behandelt wurde, seine Frau von ihm inficirt wurde, handelt es sich gewiss um ein Gumma. Pat. hat keine Allgemeinbehandlung durchgemacht.

2. ein Erythema multiforme. Vor 5 Tagen erkrankte Pat. unter Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit. Es traten zuerst am Unterschenkel, jetzt auch an den Oberschenkeln zahlreiche im Centrum etwas cyanotische, in der Peripherie heller rothe kleine Knötchen auf.

Kaposi demonstrirt einen Fall von idiopathischer Atrophie der Haut. Dieselbe tritt in der Regel bei erwachsenen Individuen in vorgerückterem Alter an einer oder beiden unteren Extremitäten auf, selten auch an den oberen Extremitäten und am Gesicht. Es kommt zu allmäliger Atrophie der Haut unter Auftreten von Teleangiectasien. Zuletzt erscheint die Haut eigenthümlich gerunzelt wie zerknittertes Cigarettenpapier.

Der vorgestellte Fall zeichnet sich gegenüber der sonst chronischen Entwicklung durch den rascheren Verlauf aus. Die Erkrankung begann im Juni vorigen Jahres damit, dass die Haut der Flachhand sich röthete, anschwoll, schuppte. Ende November breitete sich der Process rapid über die ganze Haut aus. Der Pat. war vor einem Monate am ganzen Körper krebsroth, Hand- und Fussrücken waren polsterartig angeschwollen. Dabei die Haut gefeldert mit grossen unregelmässigen Linien. An den Rändern der Felder hob sich die Epidermis ab wie bei Ichthyosis serpentina. Mitten drin fanden sich Stellen an denen die Haut verdünnt schien. Dabei starke Anschwellung der Submaxillardrüsen, Achsel- und Pectoraldrüsen, Jucken, Schlaflosigkeit, Abmagerung, Gewichtsverlust 17 Kg. Jetzt sind die Hände und Füsse abgeschwollen, ebenso die Submaxillardrüsen. Seit 8 Tagen besteht an der rechten inneren Vorderarmfläche



eine über guldengrosse, atrophische weisse Stelle, die an Lepra erinnert. Doch ist die Sensibilität normal. Nach ihrer acuten Entwicklungsweise wären diese und ähnliche Fälle als Dermatitis atrophisans am besten zu benennen.

Neumann bemerkt, dass die wenigen bisher bekannten Fälle nicht in allen Punkten übereinstimmen. Was jedoch allen gemeinsam ist, das ist die Felderung der Haut, die zerknittertem Cigarettenpapier ähnliche Haut, die Schüppchen, die im Centrum haften, peripher abgelöst sind, die weissen atrophischen, die dunkelrothen jüngeren Stellen. Auf die histologischen Verhältnisse soll demnächst zurückgekommen werden.

Lang hat einen ähnlichen Process circumscript im Gesicht beobachtet. Es bestand monatelang eine circumscripte Röthung im Gesicht, allmälig wurde die Stelle atrophisch.

Neumann entgegnet, dass dies der erste Fall wäre, in dem die Erkrankung im Gesicht begonnen.

Neumann demonstrirt

1. einen 36jährigen Patienten mit aphthösen Geschwüren am Scrotum und Penis. Bei der Aufnahme am 15. März 1897 bestanden dichtgedrängte stecknadelkopf- bis linsengrosse Substanzverluste, meist einzeln, theilweise auch confluirend, mit weisslichgelbem festhaftendem Belage. Der Rand nirgends unterminirt, doch lebhaft geröthet. Eine ähnliche Efflorescenz bestand an der linken Tonsille. An dieser hat die Zahl der Efflorescenzen zugenommen, dagegen sind diejenigen am Genitale bei indifferentem Verbande (1% Carbollösung) innerhalb 4—5 Tagen vollständig überhäutet. Im Penoscrotalwinkel rechts lassen sich noch schiefergraue circumscripte Ueberhäutungsstellen nachweisen. Leistendrüsen von normaler Grösse. Im Geschwürseiter Staphylococcen, auch gezüchtet.

2. einen 49jährigen Patienten mit ausgedehntem Lupus vulgaris der Gesichtshaut. Die Nase der ganzen Ausdehnung nach, ferner beide Wangen, ein Theil der Augenlider, die linke Ohrmuschel sind afficirt. Nur an der Peripherie umschriebene Knötchenbildung. Der Patient wurde schon vor 40 Jahren an F. Hebra's Klinik an der gleichen Affection behandelt.

3. einen 23jährigen Patienten mit Lupus vulgaris der Nase, Oberlippe und der Mundschleimhaut. Die Nasenflügel verdickt, dadurch die Nase breiter, an der Nasenspitze und den Nasenflügeln einzelstehende und confluirte Lupusknötchen, am Rande des rechten Nasenflügels eine ulcerirte, drusig unebene, von einer Borke bedeckte Fläche, die sich ins Naseninnere erstreckt, das rechte Nasenloch verlegt, das linke verengt. An der Mundschleimhaut analoge Veränderungen. Krankheitsdauer 7 Jahre.

4. einen 40jährigen Patienten mit ausgebreitetem papulopustulösem Syphilid namentlich des Gesichtes und der Kopfhaut. Daselbst dichtgedrängte, kupferrothe Knoten, an den Unterschenkeln sind die Efflorescenzen theilweise geschwürig zerfallen. Am Vorhaut-



rande noch eine frische über kreuzergrosse Narbe nach dem Primäraffect. Krankheitsdauer 4 Monate.

5. einen 26jährigen Kaufmann mit gruppirtem pustulösen Syphilid. An den oberen und unteren Extremitäten, am Rücken, namentlich in der Lumbalgegend und ad nates vielfache, etwa kreuzergrosse Gruppen confluirender stecknadelkopfgrosser livider und braunrother mit Pusteln und Pustelresten versehener Efflorescenzen, ähnliche auch am Scrotum und an der Penishaut. Am linken Unterschenkel zu flachhandgrossen diffusen Plaques confluirt. Am Halse beiderseits derbe Lymphdrüsenpakete. Krankheitsdauer $1^1/_2$ Jahre. Bisher über 170 Einreibungen. Ausgedehnte Alopecia areata der Kopfhaut.

6. einen 20jährigen Kutscher mit diphtheroid belegten breiten Condylomen an der Afterkerbe und am Perineum (bei der Aufnahme auch am Scrotum und Penis), Papeln im Munde, orbiculäres, schuppendes Syphilid an der Stirne und behaarten Kopfhaut. Trotz ausreichender Behandlung (8 Injectionen von Oleum cinereum auf der Abtheilung Lang) ist in kurzer Zeit ein weit verbreitetes Recidiv aufgetreten.

7. Drei Fälle von Psoriasis vulgaris. Der erste Patient, 25jährig, stand im Juli und August vorigen Jahres auf der Klinik N.'s in Behandlung (22 Injectionen Sol. Fowleri und Theerbehandlung). Nach der Entlassung bald Recidiv, jetzt ziemlich allgemein, an den Streckflächen der Extremitäten infiltrirte, stark schuppende Plaques. An der Innenseite der Oberschenkel, Leisten, mons Veneris, Genitale eine einzige dunkelrothe schuppende Fläche, auch die obere Brusthälfte in der gleichen Weise diffus befallen.

Der zweite Patient zeigt die Affection namentlich im Gesichte.

Der dritte, ein 24jähriger Fleischhauer, leidet seit 2 Jahren an Psoriasis, ebenso sein Vater, Bruder, Schwester. Bei ihm bestand ausgedehnte Psoriasis nummularis an Stamm und Extremitäten nebst grossen Plaques am Ellenbogen. Nach 3maliger Application einer 10% Pyrogallussalbe schwanden die Efflorescenzen mit Hinterlassung brauner Pigmentirungen, allerdings trat eine universelle Dermatitis und leichte Albuminurie auf.

Im Anschlusse an die jüngst erschienene Arbeit von Kuznitzky verweist Neumann auf die demonstrirten Patienten, welche robuste, gesunde, durchaus nicht nervöse Individuen sind. Es ist nicht ausgeschlossen, dass ein Psoriatiker an den verschiedensten inneren Leiden erkranken könne. Arthropathien kann N. nicht als charakteristisch ansehen. An Schleimhäuten kommt Psorissis nicht vor, höchstens am Lippenroth. Histologisch ist sicher die Hyperämie das primäre, wie der Arbeit des Vortragenden zu entnehmen ist. Dass es sich um einen angioerethischen Vorgang handle, ist vorläufig unerwiesen. Auch für Rückenmarkserkrankung ist bisher kein Beweis geliefert, und müssen andere Gründe angeführt werden, wenn über das Wesen der Psoriasis Klarheit gebracht werden soll.

Rille demonstrirt:



1. eine 22jährige Prostituirte mit seit 7 Jahren bestehender, fast continuirlich recidivirender maligner Syphilis, 1890 Primäraffect an der Vaginalportion, damals 10 Injectionen Ol. cinereum auf der Abtheilung Lang und von September 1891 bis April 1892 im Wiedener Krankenhause 49 Einreibungen, 45 Sublimatbäder, 200 Gr. Jodkalium und Decoctum Zittmanni. Bald darauf auf der Klinik Neumann 12 Sozojodolquecksilberinjectionen, 4 Sublimatbäder. Damals bestanden multiple ulcerirte Gummen an Stamm und Extremitäten, ferner ein nahezu flachhandgrosses, bis auf die Musculatur greifendes Geschwür an der linken Wade, das nach mehrmonatlicher Dauer durch Totalexstirpation und Transplantation nach Thiersch seitens Prof. Lang's geheilt wurde. Gegenwärtig bestehen am Fussrücken und den Unterschenkeln zerfallene Gummata, Syphilis der Nase mit Verlust des Septum, zahlreiche charakteristische Gummanarben an Stamm und Extremitäten.

Lang hebt hervor, wie gut die Transplantation auf dem Muskel gehalten habe.

2. eine 28jährige Patientin mit seit 4 Jahren bestehender Syphilis. Am Rücken zwei über thalergrosse Gruppen confluirender kupferrother Tubercula cutanea, theilweise zerfallend oder mit Narbenbildung schwindend. Ferner an vielen Stellen scheibenförmige, gruppirte, hellweisse oder blassbraun pigmentirte Narben nach ulceröser Syphilis. Es bestehen heftige Kopfschmerzen, periostale Auftreibungen an der Stirne, Olecranon, der r. Clavicula. Die erste Erkrankung 1893, Exanthem, 12 Einreibungen, im selben Jahre Abortus im sechsten Monate. Schon im Jahre darauf ulceröses Syphilid mit mehrfachen Recidiven, auch Gummen im Pharynx und schmerzhafte periostale und ostitische Erscheinungen. Die bisherige Behandlung bestand in 30 Einreibungen, dazwischen Jodkalium, Decoctum Sassaparilles, Jodquecksilberhaemol.

Kaposi demonstrirt einen Fall von Eczema papulosum bedingt durch Schwefelsalbe, die gegen Scabies gebraucht wurde. Es besteht ein sehr dicht gesäetes Exanthem von der Mammillarlinie bis auf den Oberschenkel übergreifend, an den Beugen der Arme, am Rücken, das aus hirsekorngrossen und grösseren lebhaft rothen, unter dem Fingerdruck abblassenden Knötchen besteht. Hie und da finden sich Quaddeln, am Ellenbogen rechts und an anderen Stellen Krusten. Viele der Knötchen sind in Kreisen angeordnet. Anderswo würde dafür die Bezeichnung Lichen figuratus gewählt werden. Die kreisförmige Anordnung ist jedoch einfach darauf zurückzuführen, dass bei Leuten, die zu Folliculitiden neigen, die Follikel am stärksten durch chemisch wirkende Salben gereizt werden. Da die Follikel nun in Kreisen angeordnet sind, so entstehen daraus die Kreisformen der Exantheme. Wir würden also einfach sagen Eczema folliculare, vielleicht noch figuratum.

Neumann bemerkt, dass, was wir Lichen nennen, anatomisch und klinisch ganz etwas anderes wie die in Rede stehenden Knötcheneruptionen sind. Bei Kindern und anämischen Individuen gibt es papulöse Ekzeme, wo die einzelnen Knötchen nicht Uebergangsformen zum



Bläschen darstellen, sondern längere Zeit bestehen und gruppirt sind. Sie sind auch meist mit Borken bedeckt, zeitweise nässend und verursachen Jucken.

Kaposi demonstrirt ferner einen Fall von Sycosis parasitaria des Handrückens. Es entwickelte sich bei einem Kutscher eine Geschwulst an dem linken Handrücken über 2 Thaler gross, von einem Epidermissaum umgeben, dicht besetzt von stecknadelkopfgrossen und grösseren zapfenförmig vorragenden Knötchen, die an der Spitze geöffnet sind, eine eiterähnliche Flüssigkeit secerniren. Nur an wenigen Stellen ist die Haut glatt nässend, sonst honigwabenartig durchlöchert von dichtgedrängten Pusteln.

Kaposi hat mehrere ähnliche Fälle bei Fiakerkutschern und Wagenwaschern gesehen. Es handelte sich stets um eine Dermatitis mit acuter papillärer Wucherung an der Hand, die sehr hartnäckig der Behandlung durch Aetzmittel Widerstand leistet, erst gut wird, wenn alles auf einmal mit dem scharfen Löffel abgeschabt wird. Es ist histologisch wie eine Vorstufe von Carcinom.

Bei dem demonstrirten Patienten handelt es sich um einen Herpes tonsurans mit acuter Folliculitis, also Sycosis parasitaria. In dem eiterähnlichen Secret konnten Pilze anfangs nicht gefunden, liessen sich auch nicht cultiviren, erst bei sehr genauer Untersuchung fanden sich Pilze im Ausstrichpräparat und in Cultur. (Demonstrat der Präparate und Culturen.)

Mraček hat einen ähnlichen Fall in jenem Stadium gesehen, in dem die Stichelung zu sehen war, als eben die Bläschen geplatzt waren. M. hatte ebenfalls eine Pilzerkrankung diagnosticirt.

Ullmann hat in seiner Publication über Trichomykosen einen ähnlichen Befund bei einem Kutscher erwähnt, die Pilze liessen sich mühelos im Eiter züchten. Die histologische Untersuchung musste unterbleiben, da der Patient nicht wiederkam. Die Affection kommt auch an der Vola manus vor. Daselbst ist sie einem Ekzem ähnlich, besteht monatelang, ohne zu Eiterung zu führen. Das beweist die Richtigkeit der Ansicht, dass die für die Configuration der Trichophytie mehr der Ort, an dem sie sich localisirt, in Betracht kommt als die Virulenz der Pilze. Im festeren Gefüge der Haut an der Vola entwickelt sich die Affection anders wie an anderen Stellen.

Die Schwierigkeit der Cultivirung der Pilze ist darauf zurückzuführen, dass die Pilze in den tiefen Schichten der Haut ihre Virulenz verlieren. Man sieht mitunter auch, wie ein Faden gegen die Tiefe zu seine Form ändert, seine Färbbarkeit verliert.

Lang hat eine solche parasitäre Sycosis einmal bei einem haarigen Menschen an der Vorderfläche des Unterschenkels gefunden. Dass trotz eifrigen Suchens keine Pilze gefunden werden, kann jedem einmal passiren. L. hat die Anschauung gewonnen, dass besonders bei den acuten Formen, die mit Eiterung einhergehen, die Pilze rascher zu Grunde gehen.



Rille erwähnt einen analogen Fall aus der Klinik Neumann. Der Patient, kein Kutscher, zeigte am linken Handrücken ein thalergrosses derartiges Infiltrat mit Pusteleruption und siebförmig durchlöcherter Oberfläche. Trotz der negativen Pilzuntersuchung blieb R. bei der Diagnose Herpes tonsurans. Damit identisch ist wohl auch das von Leloir als „Perifolliculites suppurées et conglomerées en placards" beschriebene Kranheitsbild, wie die seiner Publication (Annales 1884) beigegebene und den in Rede stehenden Fällen völlig entsprechende Abbildung ergibt, obwohl Leloir ausdrücklich hervorhebt, niemals Pilze gefunden zu haben.

Kaposi demonstrirt

1. einen Cancer en cuirasse der Mamma bei einem Manne.

2. einen Fall von Bromakne bei einem Mädchen, das in Folge Genusses von Bromkalium erkrankte. An der Hinterseite des Oberschenkels pfennig- bis flachhandgrosse scharf begrenzte drusige Geschwülste, theils Krusten theils Pusteln tragend. Ringsum stecknadelkopfgrosse Pusteln mit entzündlichem Hals. Es ist fraglich, ob auch die frischen Knötchen eine Bromacne darstellen, sie können auch von einem äusserlich applicirten Medicament herrühren. Die eigentlichen Efflorescenzen der Acne sind die Plaques.

3. den in der vorigen Sitzung demonstrirten pigmentirten Naevus im Gesichte. Eine Naphtolschwefelpaste hatte keine Wirkung. Es wurde durch Application von 1% Sublimat die Epidermis entfernt, es wird sich zeigen, ob das Pigment wiederkehrt oder nicht.

4. Lupus an der rechten Ohrmuschel, der freie Rand derb teigig, im Uebrigen sich sulzig anfühlend.

Mraček demonstrirt einen Fall von Erythema bullosum toxicum anschliessend an einen in der Gesellschaft 1893 demonstrirten Fall von toxischem Erythem. Der Patient erkrankte am 15. März. Es traten kleine wasserhelle Blasen auf zuerst an den Achselfalten, den Carpalgelenken, der Beugeseite der Vorderarme. Dabei heftiges Jucken, Hitze- und Kältegefühl. Die Flecken und Blasen wurden grösser, neue kamen allenthalben hinzu.

Bei der Aufnahme zeigte Patient im Gesicht, namentlich am Kinn, am Halse, Thorax, Bauch, Rücken, oberen und unteren Extremitäten stecknadelkopf- bis kronengrosse blassrothe, etwas erhabene kreisfömige Efflorescenzen, unter dem Fingerdruck abblassend, gelbliche Tingirung hinterlassend. Am Thorax, der Aussenseite der Oberarme sind sie zu unregelmässigen Herden confluirt. In der Mitte vieler Efflorescenzen eine Borke von eingetrocknetem Blut. Ferner finden sich zahllose, auf rothem Grunde sich erhebende Blasen von Grieskorn- bis Bohnengrösse mit klarem Inhalt, die grossen prall gespannt, manche geplatzt, die Basis mit eingetrocknetem Secret bedeckt. In der linken Schlüsselbeingegend dicke, hämorrhagische Krusten. Am Rücken überwiegen die zuerst beschriebenen Formen, Bläschen sind seltener, drei Blasen haben hämorrhagischen Inhalt. Ganz frei sind Vola manus, beide Unterschenkel,



planta pedis. Mund- und Rachenschleimhaut. Gelenke, Muskeln frei, im Harn Spuren von Albumen und Nucleoalbumin. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes und Blaseninhaltes gibt negatives Resultat. Je 1 Ccm Blaseninhalt weissen Mäusen injicirt, bleibt wirkungslos. Am 22. d. M. trat Fieber auf, viele Blasen zeigten eitrigen, andere hämorrhagischen Inhalt. Nach den geplatzten Blasen bleiben zahlreiche oberflächliche Substanzverluste zurück. Therapie: Bad Borsalbe.

Sonntag Mittag, am Tage vor der Erkrankung, ass Patient Schweinsbraten, am Abend Würstel, befand sich aber darnach ganz wohl. Der Appetit war während der ganzen Zeit gut, Stuhl regelmässig.

Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 2. März 1897.

Vorsitzender: Lassar. Schriftführer: Joseph.

I. Bruck stellt einen Patienten vor, der vor ungefähr 4 Monaten mit heftigem, über den ganzen Körper verbreitetem Jucken erkrankte. Naphtholsalbe und Perubalsam waren damals ohne Wirkung. B. hat den Patienten erst vor 14 Tagen zum ersten Male gesehen. Abgesehen von kleinsten, Stecknadelkopf grossen hellrothen Knötchen waren keine Primärefflorescenzen sichtbar; nur befanden sich tiefdunkle Pigmentflecke am Stamm und Extremitäten zerstreut. Ausserdem war ein beträchtlicher Ausfall der Kopf- und Barthaare, sowie eine ziemlich universelle Anschwellung der Drüsen zu constatiren. Zum Beginn seiner Erkrankung hatte Patient eine Gonorrhoe und eine Phimose, die gespalten wurde. Ein Primäraffect war damals nicht beobachtet worden. Was die Diagnose betrifft, so muss man zuerst an Lues denken, indessen das hochgradige Jucken spricht dafür, dass es sich um etwas anderes handelt.

Joseph schlägt vor, zur Feststellung der Diagnose eine Inunctionscur einzuleiten.

Rosenthal spricht sich dahin aus, dass Syphilis vorliegt. Das Jucken würde nicht gegen das Vorhandensein derselben sprechen; es wäre aber möglich, dass demselben eine besondere Ursache zu Grunde liegt.

Bruck erwähnt, dass er dem Patienten vor 14 Tagen Arsen mit gutem Erfolg gegen das Jucken gegeben hat. Ferner bestand eine starke Schuppenbildung auf dem Kopf, welche sich auf Schwefelsalbe bedeutend gebessert hat.



Saalfeld ist der Ansicht, dass es sich um Lues und Lichen ruber planus handelt.

Bruck erwidert, dass nirgends charakteristische Knötchen von Lichen ruber planus zu sehen waren.

II. Gerson stellt eine 42jährige Patientin vor, welche seit ihrer Pubertätszeit an schmerzhafter Menstruation leidet. Zu gleicher Zeit zeigte sich ein Hautleiden, welches sich dadurch charakterisiert, dass im Frühling und Sommer bei warmem Sonnenlicht eine intensive, erysipelatöse Schwellung der unbedeckten Körpertheile, d. h. des Gesichts und der Hände, verbunden mit initialen Schüttelfrösten und starkem Fieber, auftritt. An den Ohren entwickeln sich innerhalb 3—4 Stunden oft kinderfaustgrosse serumhaltige Blasen, ebenso kleinere auf Lippen und Wangen. Im Winter ist das Exanthem nie vorhanden; nur während der Menstruation zeigen sich an der Stirn einige kleine Krusten. Ein Ausbruch ist nur durch vereinte Einwirkung des Lichtes und der sommerlichen Wärme zu beobachten. Zur Aetiologie möchte G. anführen, dass nach seiner Ueberzeugung die chronische Genitalaffection eine Disposition der unbedeckten Theile zu erysipelatösen Schwellungen hervorruft, zu deren Ausbruch der Reiz des Sonnenlichts nothwendig ist. Therapeutisch ist bisher noch kein Erfolg erzielt worden.

Joseph fragt, ob zur Zeit der Eruption eine paroxysmale Hämoglobinurie besteht.

Gerson erwidert, dass der Urin nicht untersucht sei.

Joseph hat einige Fälle von acutem circumscriptem Hautödem veröffentlicht, bei welchen ähnliche Zustände beobachtet worden sind. Im Höhestadium der Erkrankung stellte sich stets eine paroxysmale Hämoglobinurie ein. J. hält den Fall aus dem Grunde für interessant, weil hier ein Connex der Hautaffection mit der Erkrankung der Genitalsphäre besteht. Therapeutisch hat Chinin, in kleinen Dosen lange Zeit hindurch verabreicht, in seinen Fällen guten Erfolg gehabt.

Rosenthal kann in diesem Falle einen Zusammenhang zwischen der Affection der Genitalorgane und der Hauteruption nicht erkennen. Nach seiner Ueberzeugung handelt es sich um das klar beschriebene Bild der Bazin'schen Hydroa, welches auch als Hutchinson's summer eruption (Erythema aestivale) bekannt ist.

Gerson führt an, dass der Zusammenhang selbstverständlich nicht ganz klar ist. Nur ist die Erkrankung mit der Pubertätszeit aufgetreten; damals wurde eine Erweiterung des Cervix wegen Dysmenorrhoe vorgenommen, allerdings ohne Erfolg.

Lassar berichtet über einen Herrn, welcher durch Kälteeinwirkung ähnliche Erscheinungen auf der Haut (d. h. mächtige Erytheme mit Exsudaten an Gesicht und Händen) zeigte. Die Therapie war machtlos. Besnier gab dem Patienten den Rath, in mildem Klima zu leben.

Oestreicher glaubt, dass trotz des häufig constatirten Zusammenhangs von Erkrankungen der Genitalien mit Hauterscheinungen

in diesem Falle eine Zusammengehörigkeit nicht besteht. Er würde falls Chinin ohne Erfolg ist, empfehlen, Oophorintabletten zu geben.

III. C. Benda: Demonstration mikroskopischer Präparate.

In letzter Zeit hat Posner an verschiedenen Stellen des Körpers Verhornungen nachgewiesen. Ferner hat Ernst-Heidelberg bei Cancroidbildungen der Lunge wirkliche Horngebilde vorgefunden. Auch in Gehirncholesteatomen ist von Bostroem und von B. selbst Epidermis beobachtet worden. Das wesentlichste Moment bei diesem Befunde bestand in dem Nachweis von Keratin. Allein es hat sich herausgestellt, dass dasselbe an den Stellen, wo man es ohne weiteres nicht erwarten darf, sehr schwer nachzuweisen ist. Das Keratin färbt sich nämlich durch die verschiedensten Methoden, sowohl nach Gram als auch durch die Weigert'sche Fibrinmethode, durch Benda's Eisen-Hämatoxylinverfahren und auch durch die Weigert'sche Nervenmarkfärbung, mit einem Wort: das Keratin zeigt eine vielseitige Färbefähigkeit, eine Erfahrung, welche die Wollfärber bei Behandlung der Wolle, einer reinen Keratinsubstanz, längst verwerthet haben. Sowohl Färbemittel, welche der sauren als auch der basischen Farbenkategorie angehören, vermögen das Keratin zu färben, so dass keines derselben zum directen chemischen Nachweis verwerthet werden kann. Diese Schwierigkeit zeigte sich B. besonders bei der Untersuchung eines ihm neulich von Dr. Körte übergebenen Tumors. Derselbe stammte von der Haut des Ellenbogens und hatte seinen Sitz hauptsächlich im subcutanen Gewebe. Beim Durchschneiden des Tumors fiel B. eine eigenthümlich kreidige Beschaffenheit auf, die er zuerst als Verkalkung deutete. Durch verschiedene Methoden konnte er aber nachweisen, dass weder Fett noch Kalk in demselben vorhanden war. Das mikroskopische Bild des Tumors zeigt grosse Haufen von Zellen mit epithelialem Charakter, die keine Kernfärbung mehr zeigen, während spärliche ähnliche noch Kernfärbung aufweisen. Diese Epithelzellen sind in Zapfen angeordnet, welche unregelmässig in die Tiefe gehen. Das Zwischengewebe enthält sehr viele Riesenzellen. In demselben fand B. ausserordentlich feine und dichte Fasernetze bei Anwendung derjenigen Methoden, die Keratin zu färben im Stande sind. Diese feine, faserige Beschaffenheit erinnert an die Faserung, die Kromayer in den Zellen der tiefen Schichten des Rete Malpighii nachgewiesen hat. Da aber an demselben Präparate normales Rete Malpighii vorhanden war, so zeigte es sich, dass die Kromayer'sche Faserung bei den angewandten Färbemethoden ungefärbt geblieben waren, somit die hier vorliegende Faserung mit derselben nichts zu thun hatte. Offenbar handelt es sich um eine merkwürdige Form der Keratinisirung. B. nimmt an, dass es sich ursprünglich um ein Atherom handelte, welches zum Theil in eine bösartige Geschwulst degenerirte, indem von der Wand der Cyste aus Zellzapfen herausgewuchert sind, während andrerseits eine Abkapselung der freien Atherombestandtheile stattgefunden hat. Die Riesenzellen des Stroma sind als Fremdkörperriesenzellen zu deuten.



Heller fragt den Vortragenden, ob er die Verdauungsmethode für den Keratinisirungsprocess angewendet hat. Ferner möchte er darauf hinweisen, dass die starke Färbbarkeit vielleicht auf mangelhafte Verhornung zurückzuführen ist. In seiner Untersuchung zusammen mit Geh.-Rath Lewin über Clavi syphilitici war es ihm gelungen nachzuweisen, dass einzelne Zellen vollkommen verhornt waren, während andere sich erst im Uegergangsstadium der Verhornung befanden, in ähnlicher Weise wie die Unregelmässigkeiten der Verknöcherung boi den syphilitischen Knochenerkrankungen der Neugeborenen.

Benda hat die Verdauungsmethode nicht angewendet. Im übrigen ist er derselben Ansicht wie H., dass es sich um eine unvollkommene Verhornung handelt. Diese Faserform hat B. bisher aber noch nicht gesehen.

IV. Tannhauser demonstrirt mikroskopische Präparate von dem in einer der früheren Sitzungen von Blaschko vorgestellten Falle von Urticaria haemorrhagica, welche bei einem jungen Mädchen von 19 Jahren beobachtet worden war. T. hat eine Quaddel im Augenblick der Entstehung einer centralen Hämorrhagie excidirt. Der Process sitzt hauptsächlich im Corium. Man kann bei demselben Veränderungen im Gebiete der Gefässe und solche im Corium selbst unterscheiden. Die Gefässe befinden sich in einer dichten Infiltrationszone; man erkennt in derselben reichliche, polynucleäre Zellen mit gut färbbaren Kernen, grosse blasige Zellen, von denen ein grosser Theil Mastzellenfärbung annimmt und schliesslich rothe Blutkörperchen. Die Veränderungen des Corium bestehen in einer Auseinanderdrängung der Bindegewebsfasern und in der Anwesenheit von zelligen Elementen. Die polynucleären Rundzellen sind bis in die Subcutis und auch bis in die Epidermis zu verfolgen. Die einkernigen Zellen sind in der Nähe der Infiltrationen am reichlichsten; dieselben entstehen aus den fixen Bindegewebszellen, während die polynucleären aus dem Blute selbst stammen. Die Frage, ob die Blutung auf Diapedese oder auf Rhexis der Gefässe zurückzuführen ist, konnte T. nicht entscheiden.

V. Tannhauser stellt einen Patienten vor, welcher am Rücken und an den seitlichen Partien des Rumpfes eine grosse Anzahl weicher, leicht prominenter, pigmentloser Gebilde von runder Gestalt und miliarer bis Bohnengrösse zeigt. Vor 6 Jahren hat Patient diese Geschwülstchen zuerst beobachtet, während er einige Jahre vorher an Syphilis erkrankt war. Mikroskopisch zeigen sich in der obersten Lage der Cutis grosse einkernige Zellen, welche zum Theil Mastzellenfärbung annehmen, und ausserdem eine Veränderung der Bindegewebsfasern in der papillären und subpapillären Schicht des Corium. T. ist der Ansicht, dass es sich um mutliple weiche Fibrome handelt.

VI. Th. Mayer stellt aus der Lassar'schen Klinik eine 65 Jahre alte Frau mit einem kirschgrossen, exulcerirten Tumor an der Nase vor. Während man an ein Epitheliom denken muss, zeigt die mikroskopische Untersuchung neben mächtigen breiten Epithelzapfen zahlreiche hyper



trophische Bindegewebs- und Granulationszellen, kurzum das histologische Bild des Gummi, so dass eine Vereinigung einer gummösen Bildung mit einem secundär gewucherten Neoplasma vorliegt. Anamnestisch hat die Patientin zwei Aborte durchgemacht, denen die Geburt zweier wenig lebenskräftiger Kinder folgte. Später sind gesunde Kinder geboren worden. Das Nasendach ist aufgetrieben, so dass man das Bestehen eines periostalen Gummis annehmen muss.

VII. Th. Mayer stellt ferner ein kleines, 3/4 Jahr altes Kind vor mit Lichen ruber planus des Oberschenkels. Die Affection entwickelte sich vor zwei Monaten im Anschluss an eine Gastroenteritis; die Efflorescenzen zeigen eine gewisse linienförmige Anordnung. Dem Lichen ging eine papulöse Eruption voran.

Oestreicher will ebenfalls in letzter Zeit bei Säuglingen häufiger Lichen ruber acuminatus beobachtet haben.

VIII. Th. Mayer stellt ferner einen Knaben vor, dessen Haar hellblond ist, bei welchem aber an der Nackenhaargrenze eine ungefähr zwei Querfinger breite Zone von röthlichem Haar besteht. Der Knabe soll diesen Zustand schon dreimal durchgemacht haben, zuerst vor zwei Jahren im Anschluss an eine Reconvalescenz, wo die eigenthümliche Haarverfärbung etwa 3 Wochen bestand. Sechs Monate später wiederholte sich derselbe Vorgang und jetzt seit ungefähr 2—3 Wochen zum dritten Mal. Aehnliche Beobachtungen sind bei psychischen Erkrankungen gemacht worden.

IX. Schreiber zeigt aus der Lassar'schen Sammlung eine grosse Anzahl von Moulagen, welche syphilitische Affectionen der Zunge betreffen.

O. Rosenthal.



Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Dr. **Schäffer** in Breslau.)

Gonorrhoe und deren Complicationen.

Lohnstein, H. Zur Behandlung der Urethro-Prostatitis chronica. Festschrift für Lewin. 5. Nov. 1895. S. Karger. Berlin.

Lohnstein ist der Ansicht, dass die so häufige Erfolglosigkeit der Therapie bei Urethro-Prostatitis chronica darin seinen Grund habe, dass keine der bisher angewendeten Behandlungsmethoden im Stande sei, die in den Drüsenmündungen fest haftenden Schleimpfröpfe, ohne deren Beseitigung jede medicamentöse Behandlung erfolglos sein muss, zu entfernen. Er hat daher ein Instrument („Spüldilatator") construirt, welches es ermöglicht, die erkrankte Partie zu dilatiren, die Drüsenpfröpfe zu lockern und gleichzeitig den entsprechenden Theil der Harnröhre auszuspülen. Zur Spülung verwendet Lohnstein anfangs $^1/_2$% Ichthyollösung, um bald zu 0·3—0·5‰igen Höllensteinlösungen überzugehen; in der Regel werden 3 Liter Flüssigkeit in ca. 15 Minuten durchgespült. Mit dieser Behandlung will L. von 56 Fällen, die den bisher üblichen Behandlungsmethoden (mit Sonden, Massage etc.) getrotzt hatten, 44 geheilt haben. Von den übrigen 12 entzogen sich 10 vorzeitig der Behandlung und 2 holten sich bei ihren Frauen Recidive.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Madlener. Ueber Metritis gonorrhoica. Centralblatt für Gynäkologie 1895, p. 1313.

Madlener spricht über den histologischen und bakteriellen Befund eines wegen Adnextumors exstirpirten Uterus. Die Infection war im letzten Monat der Gravidität, etwa vor 10 Wochen, erfolgt. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Anwesenheit von Gonococcen auf der Schleimhaut sowohl, wie in allen Schichten der Muscularis, theils extra-, theils intracellulär, theils zwischen einzelnen Muskelbündeln.

Im linken Uterushorn fand sich ein etwa erbsengrosser Abscess. M. bespricht nun die günstigen Verhältnisse, die der blutreiche, puerperale Uterus dem Eindringen und der Ernährung der Gonococcen dargeboten hätte. Unter anderen Verhältnissen gehe wohl der auf Schleimhäuten so widerstandsfähige Gonococcus innerhalb der Uterusmusculatur schnell zu



Grunde. Theoretisch sei also, wie nachgewiesen, eine Infection des Peritoneum vom Endometrium aus ohne Betheiligung der Tuben durch Durchwanderung der Gonococcen durch die Uteruswand möglich.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Malherbe. Deux cas d'arthrite blennorrhagique suppurée. Association française des médecines et de chirurgiens urologistes; première session tenue à Paris d. 23./24. Octobre 1896. Ref. in La médecine moderne Nr. 87 1896.

Malherbe hat zwei Fälle von eitriger Gelenkentzündung im Anschluss an Gonorrhoe operirt. Aus dem einen Eiter wuchsen abgeschwächte — denn sie tödteten eine Maus erst nach 4 Tagen — Staphylococcen. Er schliesst daraus: der Gonococcus ist nicht pyogen und die Suppuration ist eine Mischinfection.

Ihm erwiderte Eraud:

1. er habe niemals den Gonococcus in dem Eiter bei eitriger (Knie) Gelenkentzündung gonorrhoischer Natur gefunden;

2. nach den Angaben der Deutschen finde sich derselbe nur in den ersten Tagen der gonorrhoischen Gelenkentzündung in den Gelenken;

3. ist der Beweis (Pleuritis, Peritonitis) erbracht, dass der Gonococcus allein Eiter erzeugen kann;

4. nur in den ersten Tagen bei Gonorrhoe fände sich der Gonococcus allein in der Urethra — später kommen unwesentliche Mikroorganismen dazu.

Theodor Spiegelhauer (Breslau).

Marx. Lavage sans sonde de l'urèthre postérieur et de la vessie. Revue de thérap. med. chir., 15 janvier 1896. (Ref. Ann. gen.-ur. 1896, pg. 264.

Marx bespricht ausführlich die Spülung der Urethra und der Blase ohne Katheter nach der Lavaux'schen Methode mit einem von ihm modificirten Apparate. Ebenso bespricht er Indicationen und Contraindicationen, ohne etwas neues zu bringen.

Barlow (München).

Mary. Du bleu de méthylène dans le traitement de l'uréthrite et de la vaginite blennorrhagiques. Thèses de Paris. 1895/96. Ref. in Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie 1896, Nr. 80.

Mary empfiehlt das Methylenblau in concentrirten Lösungen gegen acute und chronische Gonorrhoe. Er hält es für ein gutes Antisepticum, rühmt seine nicht irritirende Eigenschaft, seine Fähigkeit, das Wachsthum der Mikroorganismen zu hemmen und ihre Virulenz abzuschwächen und glaubt als einzigen Fehler dieses Medicaments sein enormes Färbungsvermögen aller mit ihm in Berührung kommenden Objecte ansehen zu müssen.

Doyé (Breslau).

Murray. Gonorrhoea of the Rectum. Medical News-Vol. LXVIII. Nr. 10. 7. März 1896.

Murray schildert einen typischen Fall von Rectalgonorrhoe, an welchem nur die Aetiologie einigermassen interessant ist. Es handelt sich um eine sonst ganz gesunde Patientin, die, seit Jahren an Verstopfung

leidend, gewöhnt war, sich täglich mit dem Irrigator einen Einguss zu machen. Denselben Irrigator benutzte per nefas das gonorrhoisch erkrankte Dienstmädchen zu Vaginalausspülungen, und übertrug so durch das Ansatzrohr die Gonorrhoe.

Murray hält die Rectalgonorrhoe für eine überaus seltene Erkrankung, da er sie noch nie beobachtet hat und in der Literatur nirgends etwas darüber gefunden hat (sic!). Paul Oppler (Breslau).

Neisser, A. Forensische Gonorrhoe-Fragen. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung. Jahrgang 1895. Nr. 12.

Neisser bespricht und motivirt ausführlich ein von ihm im Jahre 1895 abgegebenes Gutachten bei einem Falle, in dem es sich um die Möglichkeit einer Körperverletzung durch Tripperinfection (aus dem Jahre 1893) handelte. Bei dem betreffenden Mädchen war damals (anno 1893) eine Gonorrhoe nur aus dem klinischen Befunde diagnosticirt worden; jetzt bot das Mädchen weder klinisch noch mikroskopisch Zeichen einer Gonococceninfection dar, während bei dem Angeklagten die Reste eines Trippers mit ziemlicher Sicherheit constatirt wurden. Bei dem Mangel einer mikroskopischen Bestätigung der von dem Hausarzte im Jahre 1893 bei dem Mädchen gestellten Tripperdiagnose war es Neisser theils sehr erschwert, theils gänzlich unmöglich, die von der Staatsanwaltschaft an ihn in dieser Sache gestellten Fragen zu beantworten, daher ermahnt er wiederum nachdrücklich: die Diagnose „Gonorrhoe“ niemals ohne Zuhilfenahme des Mikroskopes zu stellen, namentlich in solchen Fällen, in denen in irgend einer Weise ein forensisches Interesse in Betracht kommen kann. Ferdinand Epstein (Breslau).

Noguès. De l'échec des lavages de formol dans le traitement des uréthrites à gonocoques. Ann. gén.-ur. 1896, pag. 787.

Die Versuche, welche Noguès mit Formolspülungen bei Urethritiden gemacht hat, stellen, wie N. selbst auseinandersetzt, einen entschiedenen Misserfolg dar. Barlow (München).

Pazizeau. Traitement de l'arthrite blennorrhagique aiguë par l'arthrotomie précoce. Gazette hebdomad. 4. Oct. 1896. Ref. in La médecine moderne Nr. 84. 1896.

Pazizeau ist Anhänger der Behandlung der acuten gonorrhoischen Gelenkentzündung durch frühzeitige Gelenkeröffnung. Die gonorrhoische Gelenkentzündung kann in zwei verschiedenen Formen auftreten, einmal mit geringem Erguss und starker periarticulärer Entzündung, das andere Mal mit viel Erguss und geringem Oedem. Bei beiden hat man durch frühzeitige Eröffnung gute Resultate gesehen.

Theodor Spiegelhauer (Breslau).

Pichevin. Rheumatisme blennorrhagique. Soc. obstric. et gygnécolog. de Paris. Séance du 11. Juni 1896. Ref. in Gazette hebdom. Nr. 51. 1896.

Pichevin bringt die Krankengeschichte einer Frau, welche mit einem entzündlichen Tumor im hinteren Scheidengewölbe zur Aufnahme kam. Ein sich bald darauf einstellender, allem Anscheine nach gonor-



rhoischer Handgelenkrheumatismus liess an eine gonorrhoische Natur des Tumors denken. Eine Incision in letzteren lieferte eine Menge Eiter, welcher Gonococcen enthielt. Glatte Heilung. — Im Anschluss hieran berichtet Rendu von einer tripperkranken Wöchnerin, welche in der Regio subclavicularis ein Ganglion bekam, aus welchem sich nach der Abscedirung gonococcenhaltiger Eiter entleerte.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Piéry, M. De l'emploi de l'acide carbonique à l'état naissant dans le traitement de la blennorrhagie chez la femme. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Nr. 56. 12. Juillet 1896.

Auf eine Anregung seines Lehrers Cordier hin hat Piéry die Wirkung der Kohlensäure in statu nuscendi auf die Gonorrhoe des Weibes untersucht. Er hat sich hierbei eines Pulvergemisches von 7 Theilen doppelkohlensauren Natron und 6 Theilen Weinsteinsäure bedient, das er in die Scheide einführte; durch das Scheidensecret findet eine Zer- resp. Umsetzung dieses Pulvers in weinsteinsaures Natron und freie Kohlensäure statt. Mit diesem Verfahren hat Piéry zwar keinen Erfolg bei Metritis, Salpingitis und gonorrhoischer Urethritis gesehen, jedoch trat eine eclatante Besserung resp. Heilung ein bei gonorrhoischer Vaginitis mit Vaginismus der jung verheirateten Frauen. Piéry schreibt diesen günstigen Erfolg einestheils der anästhesirenden Wirkung der frei werdenden Kohlensäure, anderntheils der Nährboden verschlechternden Wirkung der überschüssigen Weinsteinsäure zu. Mikroskopische — insbesonders Gonococcen-Untersuchungen sind nicht angeführt.

Spiegelhauer (Breslau).

Powarnin, G. J. Die Gonococcen bei der Gonorrhoe. Inaug.-Diss. St. Petersburg 1895. 8°. 111 pp. u. 71 pp. mit Taf. Russ.

Powarnin führte seine Untersuchungen im bekannten Militär-Spital (Ujazdow) zu Warschau in den Jahren 1888—1889 aus. Die bakteriologische Untersuchung von 321 Fällen mit acuter und subacuter Gonorrhoe ergab die Anwesenheit von Gonococcen in 81·98% der Fälle, während in 18·01% die Gonococcen nicht constatirt werden konnten. Was Verlauf und Symptome der gonococcenhaltigen sowie gonococcenfreien Fälle anbetrifft, äusserst sich Powarnin folgendermassen: Die gonococcenfreien Fälle verlaufen im Allgemeinen leichter und schneller als die gonococcenhaltigen, enthalten im Secrete weniger kernige Elemente und fast in der Hälfte derselben sind kleine Mikroben zu constatiren. Die vorhandenen Mikroorganismen sind in keinem einzigen Falle als Ursache der Gonorrhoe zu nennen. Somit müssen wir als einzige Ursache der Gonorrhoea die Gonococcen ansehen — eine Thatsache, die ja schon längst von Prof. Neisser constatirt wurde.

A. Grünfeld (Rostow am Don).

Pryor, W. R. Die Behandlung der gonorrhoischen Beckencomplicationen beim Weibe. New-York akademy of medic. 12. Nov. 1895. Journ. cutan. and gen.-ur. dis. Januar 1896.



Pryor weist zunächst darauf hin, dass einige Gynäkologen bei Gonorrhoe immer den Uterus und die Adnexe entfernen, da sie doch später durch die Krankheit vernichtet würden; durch eine solche radicale Behandlung würde dann eine schnellere Heilung und geringere Mortalität erzeugt. Die Entfernung des Uterus bedingt jedoch stets ein Cessieren der Menses und bei jungen Personen häufig cerebrale Störungen. Aus diesem Grunde ist man gezwungen, eine weniger radicale operative Behandlung einzuleiten. Verf. theilt die Fälle in solche von acuter Salpingitis, von chronischer Salpingitis mit acuten Exacerbationen, von Hydrosalpinx und Pyosalpinx. Von den ersten hat er 17 Fälle operirt, wobei er besonders betont, dass es sich um erste und acute Attaquen gehandelt habe, obgleich in dreien, in welchen er nachher noch den Uterus zu entfernen gezwungen war, die Attaque schon über 3 Wochen gedauert hatte. In allen 17 Fällen bestanden Vergrösserungen einer oder beider Tuben, acute Schmerzhaftigkeit, oft Tympanitis und Erbrechen. Die Vergrösserung der Tuben beschränkte sich auf die Wandung, während das Lumen nicht ausgedehnt war. Pryor betont, dass er das Endometrium für eine lymphoide Membran und nicht für eine mucöse hält. Da er feststellte, dass das Lumen der Tuben nicht vergrössert war, so glaubt er fest an Heilung, falls das Kürettement frühzeitig nach der Attaque ausgeführt war. Alle 17 Fälle wurden gesund mit Ausnahme der 3 oben erwähnten. Im Anschluss an die Operation bestand kein Schmerz und die Frauen menstruirten normal. In gewissen Fällen, welche zwar länger bestanden hatten, aber acute Symptome darboten, wurden die besten Resultate durch Kürettement des Uterus mit nachfolgender Incision des Douglas und Ausstopfung mit Gaze erhalten. In 7 Fällen wurde diese Behandlung mit Erfolg durchgeführt. Fälle von recidivirender chronischer Salpingitis waren sehr häufig. Die Tuben enthielten zwar keinen Eiter, aber die Wandungen waren dick und hart und waren der Sitz einer fibrösen Schwellung. Obwohl das Kürettement des Uterus auf die Störungen in den Tuben wenig Effect hatte, wurde sie als Behandlung des primären Sitzes der Affection dennoch ausgeführt. Verf. eröffnete im Laufe eines Jahres in allen diesen Fällen den Douglas, löste die Adhäsionen und dränirte den untersten Theil des Douglas mit Gaze aus. Diese Behandlung brachte fast immer einen temporären Nutzen. Bei Hydro- und Pyosalpinx war es wichtig die Adhäsionen an das Omentum nicht zu zerstören; der Douglas wurde eröffnet und die Tuben freigelegt, der Finger eingeführt, die Tuben geöffnet und ihre ganze Höhle mit Gaze ausgestopft. Konnte eine Reinfection verhütet werden, dann entstand kein Recidiv. Pryor betont zum Schluss noch einmal, dass eine weniger eingreifende Methode der Entfernung des Uterus vorzuziehen ist.

Ledermann (Berlin).

Orton. Rectal Gonorrhoea and Gonorrhoeal Endometritis. Medical News. Vol. LXVIII. Nr. 15, d. 11. April 1896.

Orton hat einen Fall von Rectalgonorrhoe bei gleichzeitig bestehender Cervicalgonorrhoe beobachtet. Erstere wurde durch Ausspülung



mit Creolin, letztere durch Currettement und Jodoformgazetamponade geheilt. Paul Oppler (Breslau).

Raymond. Reumatismo blenorragico. Bull. Méd. ref. in Rivista clinica e terapeutica. Settembre 1896. Nr. 9.

Raymond stellt eine Patientin vor, bei der sich in den letzten 8 Tagen unter fieberhaften Erscheinungen eine Affection des linken Armes entwickelt hat, welche einen neuralgisch rheumatischen Charakter trägt und vom Vortragenden als Analogon zur Ischias hingestellt wird. Da die Patientin seit 6 Monaten an einem profusen Vaginalausfluss leidet, steht R. nicht an, die Krankheit als Rheumatismus blennorrhagicus zu bezeichnen. Therapeutisch empfiehlt er Salophen (4 Gr. pro die), welches er für erheblich wirksamer hält, als Salicyl oder Antipyrin.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Raymond Petit et **Pichevin** Adénite cervicale suppurée à gonocoque. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 419.

Die Patientin Raymond Petit's und Pichevin's hat seit ihrem 7. Jahr einige Drüsen in der rechten Mandibulargegend am Angulus mandibulae, welche jedesmal im Monat März etwas anschwoll, um dann wieder fast völlig zu verschwinden. Im Verlauf einer Gonorrhoe schwollen diese Drüsen wieder an, verciterten, und in ihrem Gehalt zeigten sich typische Gonococcen ohne irgend welche andere Bakterien.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Robinson, J. M. Systemic infection from gonorrhea, with the report of a fatal case. Medical News. August 29, 1896.

Robinson berichtet einen Fall, der unter acut-fieberhaften, auf eine Meningitis oder eine Septicämie deutenden Symptomen (Fieber, Delirien, Erbrechen, Pupillenenge, allgemeine Hyperästhesie, Gelenkschmerzen und Gelenkschwellung, Purpura am ganzen Körper) in 4 Tagen tödtlich verlief. Bei der Section fand man Zeichen einer acuten pyämischen Erkrankung mit Lymphdrüsenschwellung, Hämorrhagien in Haut und Herz, flüssigem Blut, Fettmetamorphose der Herzmusculatur, eitrigem Erguss in die meisten Gelenke der unteren Extremitäten. In der Harnröhre Entzündung und Eiter mit Gonococcen (nur mikroskopisch nachgewiesen). Die übrigen Organe und Secrete wurden nicht mit dem Mikroskop untersucht. Pinkus (Breslau).

Romme. Cura della cistite blennorragica acuta nell' uomo. Presse méd. aprile 1896. Ref. in Il Morgagni. Nr. 32. 1896.

Romme betont, dass bei der acuten blennorrhagischen Cystitis des Mannes vor Allem die interne und diätetische Behandlung Platz greifen müsse und dass nur dann die locale Therapie (Blasenausspülungen, Guyon etc.) angewendet werden soll, wenn die interne Behandlung versagt, oder der Process chronisch wird. Ferdinand Epstein (Breslau).

Rössler, A. Zur Kenntniss der Achillodynie. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 42. Bd. 3. Heft, p. 274. 1896.

Rössler berichtet aus der Albert'schen Klinik über 9 Fälle von Achillodynie und über Untersuchungen, die er an der Leiche über den



Schleimbeutel zwischen Sehnenansatz und Tuber calcanei angestellt hat. Aus den letzteren ergibt sich, dass in einer grossen Anzahl von Fällen eine chronische Reizung des Schleimbeutels durch die dauernde Inanspruchnahme desselben zu Stande kommt, die ab und zu mit Schmerzen verbunden sein mag und die zu einer „Bursitis deformans“ führen kann. In anderen Fällen fand er die Ausgänge acuter Entzündung. Die Aetiologie der Achillodynie ist eine sehr mannigfaltige; neben dem chronischen und dem acuten Trauma kommt in erster Linie zweifellos die Gonorrhoe, ferner aber auch die Influenza, Abschürfungen, uratische Diathese, Rheuma, Tuberculose in Frage. Therapeutisch sah R. besonders von der methodischen Compression durch feuchte Badeschwämme gute Erfolge; eventuell wäre die Verödung durch blutige Eröffnung, Tamponade, Auskratzung zu versuchen. Für den Namen Achillodynie schlägt R. den „Achillobursitis“ (u. zwar „anterior“ — im Gegensatz zu der Entzündung der inconstanten Bursa tendinis Achillis posterior) vor. Jadassohn.

Schantz, Eugen. Ueber gonorrhoische Exantheme. Inaug.-Diss. Bonn 1895.

Schantz beobachtete ein Erythema nodosum bei gleichzeitig bestehender Gonorrhoe und Schwellung des rechten Kniegelenkes. Er glaubt, dass die Gonorrhoe, sei es durch die Gonococcen selbst, sei es durch deren Toxine, eine Allgemeininfection des Organismus hervorzurufen im Stande ist, und dass in Folge dessen ein Reiz auf das vasomotorische System entstehen kann, wodurch dann die Exantheme bedingt sind.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Schütze. Die hydriatische Behandlung der Gonorrhoe. Blätter für klin. Hydrotherapie. 1895, Nr 10.

Schütze hat mit seinem Hydrophor — einer am unteren Ende geschlossenen, canellirten und mit kleinen Fenstern 1 Cm. oberhalb des Endes versehenen Röhre — bei acuter und chronischer Gonorrhoe gute Erfolge erzielt. Er benutzt Spülungen mit Wasser, meist unter 15° C., das als Spülmittel, Desinficiens, Adstringens und Dehnungsmittel für die Urethra wirken soll. Bei der chronischen Gonorrhoe bedingt es eine Herabsetzung der Temperatur auf indirectem Wege auch in der Pars membranacea (durch Messungen im After bewiesen).

Jadassohn (Bern).

Sée, Marcel. Le Gonocoque. Paris (Felix Alcan) 1896.

In seiner, zu einem umfangreichen Buche angewachsenen Thèse behandelt Marcel Sée das Thema vom Gonococcus nach allen Richtungen hin. Die überaus fleissige Arbeit zerfällt in 2 Theile a) experimentelle, b) klinische Studien und einen Anhang, der die Belege für die erwähnten Studien in Form von Versuchsprotokollen und Krankengeschichten enthält.

Sée hat es als Bedürfniss empfunden, die unzähligen Literaturangaben und das umfangreiche kasuistische Material, die sich überall zerstreut finden, zu sammeln, kritisch zu sichten und theilweise nachzuprüfen. Seine eigenen Untersuchungen erstrecken sich auf Culturversuche.



Da das vorliegende Buch demnach fast ausschliesslich ein Sammelwerk darstellt, verbietet sich ein eingehendes Referat von selbst, jedoch sollen Sée's Schlussfolgerungen hier Platz finden.

1. Die Blennorrhagie ist eine specifische Infectionskrankheit. Ihre Erscheinungen sind mannigfach, wie die der meisten Infectionskrankheiten, und die Urethritis ist nur die häufigste Gonorrhoe. Es kommen auch nicht blennorrhagische Urethritiden vor, welche sich auch schon klinisch von diesen unterscheiden.

2. Der Erreger der Blennorrhagie ist der Gonococcus Neisser, ein pathogener durch seine morphologischen und biologischen Eigenschaften ebenso wie durch seine Wirkung auf den menschlichen Körper wohl charakterisirter Mikroorganismus. Er unterscheidet sich gut von den Saprophyten des Urogenitalapparates. Man findet ihn niemals normaler Weise in irgend einem Organe.

3. Zwar sind gewisse blennorrhagische Erscheinungen toxischer Natur, und es finden sich andererseits bei der Blennorrhagie häufig Secundäraffectionen, sicher jedoch resultiren die meisten blennorrhagischen Erscheinungen direct aus der Anwesenheit von Gonococcen in den Erkrankungsherden.

Der Gonococcus kann sicher durch die Blutbahnen verschleppt werden, und dann Krankheitsherde entfernt vom Orte der Infection etabliren (Arthritis, Endocarditis etc.).

Werthvoll wird die Arbeit Sée's durch die reichlichen Literaturangaben (bis 1893 in den Anmerkungen der betreffenden Seiten) und eine ausführliche Bibliographie von 1893 bis April 1896.

Paul Oppler (Breslau).

Sheffield. The Treatment of Vulvo-Vaginitis in Children. Americ Medic.-Surg. Bull. 30. V. 1896.

Sheffield glaubt, dass die Prognose bei Vulvo-Vaginitis der Kinder im Allgemeinen gut ist und dass es wesentlich darauf ankommt, Complicationen zu vermeiden. Die Kinder müssen sorgfältig isolirt werden. Zur Vermeidung der Infection der Augen benutzt er eine Bandage für die Augen und eine, die verhindert, dass das Kind mit den Händen an die Genitalien kommen kann. Seit Anwendung dieser Vorsichtsmassregel hat er keine Augenblennorrhoe mehr auftreten sehen. (Ref. hat trotz fehlender Prophylaxe der Augen noch nie von einer Vulvo-Vaginitis eine Augenblennorrhoe entstehen sehen.) Der Verf. meint, dass Urethritis und Peritonitis die Folge der Vulvo-Vaginitis sein können, dass sie aber vermieden werden, wenn man nur mit ganz schwachem Druck und einem weichen Katheter, der nur einen Zoll in die Vagina eingeführt wird, irrigirt. Zur Vermeidung der Arthritiden gibt er leichte alkalische Diuretica. Er empfiehlt heisse Bäder im acuten Stadium; die Spülungen macht er in Sims'scher Lage. Die Krankheit dauert 4 Wochen bis 4 Monate; kürzer dauernde Fälle sind keine Gonorrhoen oder nicht dauernd geheilt.

Jadassohn (Bern).



Simon. Du gonocoque en médecine légale. Revue médicale de l'Est, 1 janv. 1896. (Ref. Ann.-gen.-ur. 1896, pag. 357.)

Simon bespricht die Wichtigkeit des Gonococcennachweises für die gerichtliche Medicin an der Hand eines Falles, bei dem das mikroskopische Examen keine absolute Sicherheit ergab. Nachdem nun einmal der Nachweis des Gonococcus, zumal in chronischen Fällen, nicht ganz leicht zu erbringen ist, andererseits bei Kindern eine extragenitale Infection durchaus nicht ausgeschlossen werden kann, selbst wenn man z. B. in der kindlichen Vagina Gonococcen findet, so kommt Simon zu dem Schlusse, dass der Gonococcennachweis eine nur sehr mässige Unterstützung zur Entscheidung der Schuldfrage bietet.

Barlow (München).

de **Smet**, Ed. La formaline dans le traitement de la blennorrhagie chez la femme. Journal de la Clinique. Ref. in la médecine moderne. Nr. 57, 7e annèe 15 Juillet 1896.

Smet hat die Blennorrhoe des Weibes mit 0·2—0·5%, sogar mit 5% Formalinlösungen behandelt und günstige Resultate gesehen. Bei 5% Anwendung trat allerdings Schwellung, selbst Verschorfung der Schleimhaut ein, welche nicht nur nicht schädlich, sondern sogar günstig auf die acute blennorrhagische Entzündung einwirkte und ausserdem schmerzlos war.

Spiegelhauer (Breslau).

Sorel. Note sur un cas d'abscès de la prostate. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 210.

Im Verlaufe einer acuten Gonorrhoe erkrankte der Patient Sorel's an Epididymitis und Prostataabscess. Grade in dem Moment, als derselbe vom Perineum aus incidirt werden sollte, perforirte er in die Urethra. Die vorher vorgenommene Punction vom Perineum aus hatte reichliche Gonococcen enthaltenden Eiter ergeben.

Paul Neisser (Beuthen O. S.)

Stein, O. J. Die Irrigationsmethode bei gonorrhoischer Urethritis. Journal of cutan. and gen.-urin. diseases. März 1896.

Stein hat bei der Irrigationsbehandlung der Gonorrhoe die besten Resultate und die wenigsten Complicationen gesehen. Er empfiehlt sie besonders deshalb, weil die Urethra viele Drüsenöffnungen und Krypten besitzt, in welchen sich die Gonococcen localisiren und in welchen sie mit der gewöhnlichen Art der Injectionsbehandlung nur schwer vernichtet werden können. Er hält die übliche Art der Irrigation mit einem weichen Gummikatheter für fehlerhaft, weil dadurch die Follikelöffnungen nicht erweitert werden, während es sehr wichtig ist, den Drüseninhalt zu entfernen. Dies kann aber nur durch eine Dehnung der Urethra geschehen. Zu diesem Zwecke empfiehlt er eine nach Art des Urethroskops hergestellte gefensterte, am Ende geschlossene Hartgummitube, welche eingeführt wird, nachdem der Patient urinirt hat. In diese Tube hinein führt er einen weichen Katheter, der mit einem Irrigator verbunden ist, und spült mit Kaliumpermanganatlösung 1 : 5000 bis 1 : 1000.

Ledermann (Berlin).



Steinschneider und **Schäffer.** Zur Biologie der Gonococcen. (Berlin. Klin. Wochenschr. 1895. Nr. 45.)

Aus den Versuchen der Verf. geht hervor, dass die Reincultur der Gonococcen sich nicht so einfach herstellen lässt, wie man das nach den neueren Publicationen glauben sollte. Blutserum, namentlich menschliches, ist dabei nicht zu entbehren, während Harnagar sich den Verf. nicht bewährt hat. Statt des Plattenverfahrens bedient man sich zweckmässiger des Vertheilens der Keime mit einer Platinöse oder mit sterilem Pinsel auf in Petri'sche Schalen gegossenes Serumagar. Temperaturen von 40° C. wirken bei Exposition von mindestens 12 Stunden auf die Culturen abtödtend, während Zimmertemperatur entwicklungshemmend wirkt. In Wasser oder Urin, dem gonorrhoischer Eiter beigemengt ist, können sich die Gonococcen wenigstens 1—2 Stunden entwicklungsfähig halten. Die in das subcutane Bindegewebe eingebrachten Gonococcen verursachen keine Eiterbildung. Karl Herxheimer.

Swinbury, Knowles George. Die Anwendung des Argonins im acuten Stadium der Gonorrhoe. Ein vorläufiger Bericht Journ. of cut. and gen. ur. dis. Aug. 1896.

Swinbury hat das Argonin auf Empfehlung von Jadassohn bei 50 Fällen von acuter und 12 Fällen von chronischer Gonorrhoe mit Erfolg angewendet. Die Injection wurde täglich einmal vom Verf. selbst mit der Tripperspritze ausgeführt, nachdem vorher die Harnröhre mit einer Kaliumpermanganatlösung ausgewaschen war. Die Argoninlösung selbst verblieb 5—10 Minuten in der Urethra. Bei der Erkrankung der Urethra posterior wurden mittelst weichem Katheter zwei Drachmen der Lösung in die Urethra posterior injicirt, dann beim Herausziehen des Katheters die Urethra anterior mit der Lösung angefüllt. Der Katheter selbst wurde in Argoninlösung sterilisirt. Die Stärke der Lösung schwankte je nach der Empfindlichkeit des Kranken zwischen 2 und 10%. In allen Fällen wurde eine schnelle Verminderung des Ausflusses constatirt, bei den meisten auch eine schnelle Abnahme der Gonococcen. Nur wenige Fälle blieben refractär. Auffallend war das Fehlen jeglicher entzündlicher Reaction. Im ganzen hat Verf., welcher am Schluss eine Anzahl von Krankengeschichten in extenso wiedergibt, den Eindruck, als ob das Medicament absolut unschädlich ist, dass es die Entzündung der Harnröhre bei acuter Gonorrhoe schnell beseitigt und daher auch im acutesten Stadium anwendbar ist. R. Ledermann (Berlin).

Thayer und **Blumer.** Endocardite ulcéreuse blennorrhagique. Archives de Médecine experimentale d'anatomie et pathologique 1895.

Nachdem die Verfasser eingehend die einschlägige Literatur (cf. Original) besprochen und besonders hervorgehoben, dass die von Martin, Gluzinski, Councilmann, Winterberg, Leyden berichteten Fälle nicht beweiskräftig seien, da entweder keine Culturen angelegt oder die angelegten nicht gewachsen, kommen sie auf ihren Fall, bei dem es ihnen geglückt, aus dem Blut einer Armvene Gonococcenreinculturen zu erhal-



ten. Der Fall ist kurz folgender: Eine 34jährige Witwe kam mit Herzerscheinungen, nachdem sie kurz vorher an Rheumatismus (gonorrhoisch?) gelitten, zur Aufnahme und verstarb nach ca. 3 Wochen im Hospital. Da anfangs wahrscheinlich an Sumpffieber gedacht worden war, wurden nach der Sitzmann'schen Methode Blut-($^1/_3$)Agar-Agar-Culturen mehrmals angelegt. Bei zwei Versuchen waren nach 48 Stunden kleine weisse Colonien von Stecknadelspitzengrösse gewachsen, welche sich unter dem Mikroskop als aus kleinen, ovalen, nebeneinander liegenden Diplococcen von Biscuitform bestehend herausstellten. Der Versuch, diese Mikroorganismen auf Agar-Agar, Gelatine, Kartoffel, Bouillon und Milch weiter zu züchten, schlug stets fehl. Erst als bei der Autopsie in den Auflagerungen der Mitralklappe sowohl frei, als auch intracellulär, einzeln bis zu Haufen und im Vaginal- und Uterusschleime sehr ähnliche Diplococcen gefunden wurden, welche sich nach Gram entfärbten, scheint der Verdacht auf gonorrhoische Endocarditis aufgetaucht zu sein, denn nun wurden sowohl die Blutculturen auf Gram'sche Entfärbbarkeit geprüft als auch von ihnen auf Rindsblutserum, Urin-Agar u. s. w. Weiterimpfungen vorgenommen. Während jedoch auch bei den Mikroorganismen dieser Blutculturen die Gram'sche Entfärbbarkeit vorhanden war, gingen auch diesmal die Weiterimpfungen nicht an. Auch Culturversuche von bei der Autopsie gewonnenem Herzblut, von der Herzklappe, Milz, Leber u. s. w. blieben negativ — wahrscheinlich in Folge Fehlens der geeigneten, d. h. für den Gonococcus Neisser geeigneten Nährböden. Die Verfasser kommen zu folgendem Schluss: 1. aus der charakteristischen Form und Lagerung zu einander, 2. aus der intracellulären Lagerung, 3. aus dem negativen Wachsthum auf ungeeigneten Nährböden, 4. aus dem guten Wachsthum auf Menschenblut-Agar, 5. aus der Entfärbbarkeit nach Gram ist der Beweis erbracht, dass es sich um echte Neisser'sche Gonococcen gehandelt hat. Die Eingangspforte in den Körper ist zweifellos die gewöhnliche (genitale) gewesen.

Spiegelhauer (Breslau).

Tuffier. Canule de verre pour lavage de l'urèthre. Société de chirurgie, 31. juillet 1896. (Ref. Ann. gen.-ur. 1896, p. 459.)

Tuffier gibt eine neue Glascanüle zu Spülungen der Blase ohne Catheter an. Zeichnung ist beigegeben. Besondere Vortheile dürfte das neue Instrument nicht haben. Barlow (München).

Tyrrell. Report of a Case of Gonorrhoeal Arthritis in a New-Born Infant. Medical News Vol. LXVIII Nr. 10. d. 7. März 1896.

Tyrrell beobachtete bei dem Kinde einer gonorrhoisch Erkrankten 4 Tage nach der Geburt das Auftreten einer Ophthalmoblennorrhoe und weitere 4 Tage später eine Schwellung, Röthung und ödematöse Durchtränkung beider Handrücken und Vorderarme. Die Affection, die T. mit der Ophthalmoblennorrhoe in Verbindung bringt, ging innerhalb 5 Tagen auf eine Ichthyol-Belladonnasalbe und Bandagirung zurück.

Paul Oppler (Breslau).



Valentine, Ferd. C. Gonorrhoea: its treatment by intravesical injections of potassium permanganate. The Journ. of cut. and gen. urin. dis. 1895, p. 247.

Valentine schildert das jetzt wohl allbekannte Janet'sche Verfahren, mit welchem er im Allgemeinen gute Resultate erzielt hat. In einigen Fällen persistirte der Ausfluss 12 Tage. Eine Woche nach dem Verschwinden der Gonococcen reizte er die Urethra durch Injection einer 2% Argentum nitricumlösung; fanden sich in dem künstlich erzeugten Ausfluss noch Gonococcen, so wurde die Irrigationsbehandlung noch einmal aufgenommen. War er jedoch gonococcenfrei, dann wurde die Harnröhre nach 8 Tagen noch einmal auf gleiche Weise irritirt und war der Erfolg gleich gut, dann wurden die Patienten als gesund betrachtet.

R. Ledermann (Berlin).

Verhoogen. Le traitement de l'uréthrite chronique par les dilatateurs d'Oberländer. Ann. gen.-ur. 1896, p. 230.

Der ziemlich ausführliche Aufsatz Verhoogen's enthält detaillirte Angaben über Literatur und Art der Behandlung, bringt aber im Grossen und Ganzen nichts Neues. Barlow (München).

Veillon, A. et **Hallé,** J. Etude bactériologique des vulvo-vaginites chez les petites filles et du conduit vulvo-vaginal à l'état sain. Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. I. Sér. Tome VIII. 1896. Nr. 3, p. 281.

Veillon und Hallé haben 27 Fälle von Vulvo-Vaginitis nur mikroskopisch untersucht und unter ihnen 25mal Gonococcen gefunden. Unter 21 Fällen, die mit der Cultur auf den verschiedensten Nährböden explorirt wurden, fanden sich 17 mit Gonococcen, darunter 5mal in Reincultur, 12mal in Combination mit den normalen Mikroben der Vagina, als welche die Verfasser bei der Untersuchung der Kinder folgende 4 gefunden haben: Bac. pseudo-diphthericus communis; keulenförmiger Bac. pseudo-diphthericus (Weeks); nicht pathogener Streptococcus, Staphylococcus epiderm. albus. In den 4 Fällen, bei denen Gonococcen fehlten, wurden ausser den eben erwähnten Bakterien einmal pyogene Streptococcen, einmal Bacterium coli in Reincultur nachgewiesen. Unter den Gonorrhoen waren 13 Fälle mit typischem eitrigem Secret, 4 mit sehr schwachem Ausfluss und ohne entzündliche Erscheinungen. Aus den Schlussfolgerungen der Verf. sei hervorgehoben, dass sie auf Grund ihrer Untersuchungen für die specifische Natur der meisten Vulvo-Vaginitiden eintreten, dass sie die Möglichkeit von Complicationen betonen, dass die Gonococcen in sehr acuten Fällen in Reincultur vorhanden sind, dass die Vagina des Kindes normalerweise nur nicht pathogene Bakterien enthält. Man muss auch bei sehr geringen klinischen Erscheinungen bakteriologisch untersuchen, meist ist die mikroskopische Controle genügend, doch ist in zweifelhaften oder negativen Fällen die Culturmethode „plus sensible et plus démonstrative". Die Anwesenheit von diphtheriebacillenähnlichen Bakterien in der normalen oder kranken Vagina muss bei der Diagnose der Vulvar-Diphtherie berücksichtigt werden. Die Vulvo-Vaginitis



wird häufig indirect übertragen. — Aus den Cultur-Versuchen der Verf. ist hervorzuheben, dass sie mit Vorliebe mit weiten Reagensgläsern arbeiten und auf deren breiter schräger Fläche isoliren. Die Gonococcen sind ihnen auf Ascites-Agar gut und in Ascites-Bouillon sehr gut, auf gewöhnlichem frisch zubereitetem Agar nur sehr spärlich und in erster Generation gewachsen. In Gelatine mit Ascitesflüssigkeit wachsen sie im Brutofen — die Gelatine erstarrt beim Erkalten; die Gonococcen verflüssigen also nicht. Anaerob sind die Gonococcen nicht gewachsen. Von Thierversuchen ist den Autoren nur einer gelungen: Eine mit einer starken Dosis intraperitoneal geimpfte Maus ist an Peritonitis gestorben; im Exsudat fanden sich Gonococcen. Jadassohn (Bern).

Vignaudon. L'arthropathie blennorrhagique chez l'enfant. Revue mens. des mal. de l'enfance 1895, p. 209.

Aus der Arbeit Vignaudon's über den gonorrhoischen Rheumatismus bei Kindern ist hervorzuheben, dass trotz der geringen Berücksichtigung, welche diese Affection in der Literatur gefunden hat (bisher nur 23 Fälle publicirt), V. sie für relativ häufig hält. Sie tritt bei — vielleicht durch Anaemie prädisponirten Individuen unabhängig vor der Schwere der Blennorrhoe sowohl in deren frühestem Stadium als auch noch nach ihrer Heilung, manchmal mit prodromalem Fieber, Gliederschmerzen etc. auf; ist am häufigsten im Knie, dann im Hand-, dann in den Mehacarpo-Phalangealgelenken localisirt. Meist ist nur ein Gelenk, sehr selten mehr als 2 (und dann immer kleine) Gelenke befallen; die Sehnenscheiden sind oft — auch primär — die Schleimbeutel nie betheiligt. Der Schmerz ist wechselnd, Crepitation sehr selten, immer eine oft enorme Schwellung; die Haut kann normal oder stark geröthet sein. Das Fieber besteht nie lange; die inneren Organe waren immer frei. Ankylosen scheinen sich bei Kindern nicht auszubilden. Hervorzuheben ist, dass der acute Gelenkrheumatismus bei Kindern unter 5 Jahren selten ist.

Jadassohn (Bern).

Vigneron, G. Infektions péri-urétrales; leur traitement. Association francaise de Chirurgie X. Congrès. Séance de 23. octobre. La médecine moderne 1896. Nr. 88.

Vigneron gibt an der Hand von 6 selbstbeobachteten Fällen ein kurzes klinisches Bild der sich an eine Urethritis anschliessenden Infection der urethralen Drüsen mit ihren eventuellen Folgen (periurethraler Abscess, Durchbruch desselben in die Harnröhre oder nach aussen). Er empfiehlt ausgiebige chirurgische Behandlung jeder derart inficirten Drüse, um diesen Folgen vorzubeugen und rühmt die guten Erfolge, die er hierdurch erzielt hat. Joh. Doyé (Breslau).

Wertheim. Ueber Uterusgonorrhoe. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Wien 5.—7. Juni 1895. Referirt im Centralblatt für Gynäkologie 1895, p. 699.

Zu dem sehr interessanten Vortrag über Uterusgonorrhoe erwähnt Wertheim zunächst, dass der Gonococcus in der Mehrzahl der Fälle auf die Schleimhaut beschränkt bleibe und hier die Endometritis intersti-

tialis und glandularis hervorrufe. Daneben finden sich aber in vielen Fällen entzündliche Veränderungen der Muscularis (entzündliche Infiltration des Muskelbindegewebes und Gefässwandhyperplasie), in denen wahrscheinlich auch Gonococcen vorhanden, bisher aber noch nicht nachgewiesen sind: ebenso wenig sind aber andere Bakterien nachzuweisen, so dass für eine Misch- resp. Secundärinfection auch keine Beweise vorhanden sind. Der innere Muttermund besitzt nach seinen beweisenden Untersuchungen nicht die Bedeutung als Hinderniss für das Ascendiren der Gonorrhoe. Die Exacerbationen der Uterusgonorrhoe haben häufig ihre Ursache in einer Alteration des Nährbodens, wie sie durch verschiedene schädigende Einflüsse (Menstruation, Coitus) bedingt wird. In vielen Fällen aber liegt denselben eine frische Infection zu Grunde. Unter den schädigenden Momenten nimmt das Puerperium eine hervorragende Stellung ein; hier findet sehr häufig eine Weiterverbreitung der Gonococcen auf die bisher freie Körperhöhle statt.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Wilhelm, Carl. Das Verhältniss zwischen Gonorrhoe und Tuberculose. (Inaug.-Diss. Königsberg 1892.) Ref. nach Baumgartens Jahresber. Bd. IX. p. 99.

Die Arbeit Wilhelm's stellt aus der Literatur die Fälle zusammen, bei denen die Autoren an eine Mischinfection resp. an eine Beeinflussung der Gonorrhoe durch Tuberculose gedacht haben und in dieser Beziehung bringt der Verfasser eine weitere Casuistik. Aus der ganzen Zusammenstellung geht nun hervor, dass eine Mischinfection durch Gonococcen und Tuberkelbacillen im gewöhnlichen Sinne nicht vorkömmt.

Joh. Fabry (Dortmund).

Winterberg. Zwei Fälle von ulcerativer Endocarditis in directem Anschluss an specifische Urethritis. Festschrift zum 25jährigen Jubiläum des Vereins deutscher Aerzte zu S. Francisco 1869—1894. Ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1895, p. 927.

Winterberg berichtet über 2 Fälle von ulceröser Endocarditis im Verlaufe von Gonorrhoe, von denen der eine, der zur Section kam, im Leben das Bild multipler gonorrhoischer Arthritis, Pleuritis und Endocarditis (blasende systolische und diastolische Geräusche über Aorta und Pulmonalis) darbot. Die Section ergab eine seröseitrige Flüssigkeit im Herzbeutel, der Herzmuskel selbst von zahlreichen Eiterherden durchsetzt. An Stelle der Pulmonal- und Aortenklappen fand sich eine krümmelige, leicht zerdrückbare Masse, die, mikroskopisch betrachtet, Gonococcen enthielt; in Leber und Milz waren zahlreiche Blutungen; die Niere war amyloid degenerirt.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Wossidlo. Zur Dilatationsbehandlung der Harnröhrenstricturen. (Vortrag gehalten in der Berl. medic. Gesellsch.) Berl. klin. Wochenschrift Nr. 6 1896.

Wossidlo betont den Werth des Endoskopirens, wenn man sich einen Begriff von den Fortschritten einer „wirklichen Stricturheilung“ bilden will. Letztere ist daran zu erkennen, dass an Stelle der früher



vorhanden gewesenen starren Infiltrate sich eine gut gefaltete Schleimhaut mit einer von der gesunden nicht verschiedenen Färbung findet. Die Epitheldecke muss gleichmässig, mehr oder weniger glänzend erscheinen. Die Drüsen dürfen an ihren Ausführungsgängen und in ihrer Umgebung keine Spuren von Infiltraten zeigen, die Narben müssen im Niveau der Schleimhaut liegen. Das wird nach Ansicht des Verfassers nicht erreicht mittelst der üblichen Sondendehnungen bis zu 30 Charrière. Da nun höhere Nummern ohne Spaltung des Orificium externum urethrae nicht angewendet werden können, empfiehlt Wossidlo das Oberländer'sche oder Kollmann'sche Dilatatorium. Hiermit werden allmälige Dehnungen derart vorgenommen, dass durchschnittlich jeden 10. Tag eine Sitzung stattfindet, wobei nur um eine bis zwei Nummern der Charrièrescala gestiegen wird, bis Nr. 40—45 erreicht ist. Erst dann ist eine Heilung im obigen Sinne zu erwarten. Die Schmelzung der weicheren, mit Rundzellen durchsetzten Infiltrate geht vor sich unter einer schleimig eitrigen Secretionsentwicklung; wirklich acute Entzündungserscheinungen müssen vermieden werden; sind sie dennoch aufgetreten, müssen bis zu ihrer Beseitigung die Dilatationen ausgesetzt werden (event. Spülungen mit Höllensteinlösungen $\frac{1}{2}$—1‰). Von der Behandlung ausgeschlossen sind „resiliente, harte, callöse Stricturen". Verf. betont, dass die angegebene Methode jede brüske Zerreissung des Narbengewebes vermeidet und nur durch fortgesetzte Dehnung eine allmälige Einschmelzung des Infiltrats bewirkt. Hugo Müller.

Witanoff. Contribution à l'étude du traitement de la blennorrhagie de l'homme par les sels d'argent. (Nitrate d'argent, argentamine et Argentumcaséine.) Thèse de Paris 1896.

Witanoff hat 11 Fälle (theils acute, theils chronische) von Gonorrhoe mit Ausspülungen von Argent. nitr., 13 mit Ausspülungen von Argentamin und einen mit Argent. caseïn (Argonin) behandelt. Die ersten beiden wurden in einer Concentration von 1/4000 bis 1/3000, das Argonin (zu Einspritzungen) von 1/200—1/100. Er hat ausser kleinen Schädlichkeiten, wie minimale Urethralblutungen, leichtes Brennen und geringe Grade von Cystitis keinerlei üble Erscheinungen beobachtet. Bei Argent. nitr. Ausspülungen verschwanden die Gonococcen im Durchschnitt nach 2—5 Tagen, bei Argentamin nach 6—12 Tagen. Der eine mit Argonin behandelte Fall konnte nicht beobachtet werden.

Paul Oppler (Breslau).

Venerische Helkosen.

Audry. Sur un procédé pratique de chauffage des chancres simples. Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 207.

Audry empfiehlt zur Behandlung der Ulcera mollia den Thermokauter. Letzter wird in weiss- oder rothglühendem Zustand, kürzere oder längere Zeit, je nach der Grösse und Intensität der Ulcera dem-



selben auf etwa einen halben Centimeter genähert. Kurze Zeit darauf tritt eine Austrocknung der Oberfläche und an den Rändern kleine blutige Streifen, eventuell mit Röthung der umgebenden Haut bei zu intensiver Anwendung, auf. Falls es nöthig ist, kann man diese Procedur nach 2—3 Tagen wiederholen. Verfasser versichert, die Heilung in viel kürzerer Zeit auf diese Weise zu erzielen, als mit anderen Methoden.
Paul Neisser (Beuthen O./S.).

Audry et Durand, Sur le bubon et son traitement. De l'extirpation des adénites suppurées de l'aine. Gazette hebdomad. de Med. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 60 d. 26. Juli 1896.

Nach Audry und Durand ist es falsch, die im Gefolge von Ulcera mollia auftretenden Bubonen als etwas anderes zu betrachten als alle anderen Bubonen, wenn auch ein bestimmter Procentsatz (15% nach Au. u. D.) von ihnen bei der Eröffnung specifisch virulent ist. Demgemäss entscheiden sich die Autoren für eine rationell chirurgische Behandlung. Ein Mittel, um die Vereiterung entzündlich vergrösserter Bubonen zu verhindern, gibt es nicht; sie vereitern, wenn sie wollen. Die angegebenen Methoden, wie Injectionen in die Drüsensubstanz u. s. w. geben keine besseren Resultate als Ruhe und Vesicantien oder harmlose ableitende Mittel. Die Exstirpation der Drüsen vor der Vereiterung verhindert nicht das Schankröswerden. Demnach gehen die Verfasser bei vereiterten Bubonen so vor: Entweder breite Incision und Curettement des Sackes, wenn der Abscess gut abgekapselt, wenn eine einzige Drüse ergriffen ist und die Umgebung keine nennenswerthe Infiltration aufweist, oder wenn das Gegentheil der Fall ist, lange senkrechte Incision und Exstirpation des ganzen Drüsenpaketes. Paul Oppler (Breslau).

Balzer, M. Sur les complications du chancre mou. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895 p. 405.

Balzer erwähnt als Complicationen des weichen Schankers in erster Linie die Gangrän, von der er eine durch pyogene Bakterien hervorgerufene phlegmonöse, rothe Gangrän und eine durch den septischen Vibrio Pasteurs hervorgerufene schwarze Gangrän unterscheidet; letztere kann in kürzester Zeit zu Verlust der ganzen Penis- und Scrotalhaut und zu typhusähnlichen Erscheinungen führen. Die beste Therapie ist die schleunige Spaltung des Präputiums. An zweiter Stelle erwähnt Balzer den phagedänischen Schanker, der sowohl an Breite wie an Tiefe grosse Ausdehnungen annehmen kann, und dessen Aetiologie eine sehr verschiedenartige sein kann. Die Therapie besteht in Anwendung von antiseptischen und Aetzmitteln, von Cauterisation. Als dritte Complication sind die Bubonen zu erwähnen, welche Verfasser mit kleinen Incisionen mit spitzem Bistouri, Ausspülungen mit 1% Arg. nitr. und Verbänden mit Chlorzinkpaste zu behandeln räth, während er auch anderen Behandlungsmethoden ihr Recht lässt. Paul Neisser (Beuthen O./S.).

Bloom, Historical Sketch of the Etiology of Chancroids. The American Practitioner and News Jan. 1896 (Ref. Edinburgh Medical Journal 1896 Juni).



Bloom bespricht die Entwickelung unserer Ansichten über das Wesen der venerischen Krankheiten, insbesondere des Ulcus molle. Bezüglich der Aetiologie des weichen Chancre theilt er die Ansicht Taylor's (Venereal Diseases 1895), welcher die pyogenen Mikroorganismen als die Ursache ansieht. Pinner (Breslau).

The Treatement of Soft Chancre. The Therapeutic Gazette 16. März 1896 p. 200.

La Tribune médicale Nr. 28, 1895 empfiehlt zur Behandlung des Ulcus molle: Morgens wird das Ulcus abgetupft mit folgender Lösung (Menthol gr. j; Acid carb. Gr. V; Alkohol f ℥ iss) und mit Aristol bepudert. Untertags öfters Waschungen mit Carbolsäure-Solution und Bepudern mit Aristol. Etwas Gaze soll stets das Ulcus bedecken, um das Secret aufzusaugen; ferner sollen alle localen Schädigungen möglichst ferngehalten werden.

Beim phagadenischen Chancre wird zum Betupfen: Cocain gr. j; Ferri mangano-tartaric. gr. XV; Aq. dest. f ℥ iss empfohlen und zum Bepudern eine Mischung von Jodoform und Menthol (20 : 5) neben innerlichem Gebrauch von Ferrum mangano-tartaricum. Pinner (Breslau).

Coignet: Chancrelles traitées par les courants intermittents à haute fréquence. Lyon médical Nr. 34. 1896.

Eine vorläufige Mittheilung Coignet's in der Société des sciences médicales de Lyon über Behandlung des weichen Schankers mit starken faradischen Strömen: Umwandlung des Ulcus molle in ein nicht specifisches Geschwür, welches dann schnell heilt.

Spiegelhauer (Breslau).

Colombini P. La diagnosi batteriologcia dell' ulcera venerea. Gazzetta degli ospedali e della chliniche 27. Febbrajo 1896.

In der Einleitung seiner Arbeit: „Ueber die bakteriologische (besser mikroskopische Ref.) Diagnose des Ulcus molle hebt Colombini hervor, dass ausser der Inoculationsmethode fast keine andere Untersuchungsart (auch nicht die von Balzer empfohlene Methode des Nachweises elastischer Fasern im Secret) eine sichere Diagnose des Ulcus molle gestatte. Nur die Untersuchung auf Ducrey-Unnasche Bacillen gibt Resultate, deren diagnostischer Werth mit dem der Inoculation, deren Anwendung vielfache Unzuträglichkeiten mit sich bringt, gleichzustellen ist. Weiterhin bespricht Colombini ausführlich die Technik der Anfertigung und Färbung von Deckglaspräparaten nach seiner Methode. Dann folgt eine Beschreibung der Ducrey-Unnaschen Bacillen. Zum Schluss spricht C. sein Bedauern darüber aus, dass diese mikroskopische Untersuchungsmethode bisher sich noch nicht in die Praxis eingebürgert hat, obgleich sie sichere Resultate liefert.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Demolder, Sur le traitement des chancres mous. Archives medicales belges. Juillet 1896.

Demolder wendet das von Neisser in Breslau angegebene Verfahren an, das Ulcus molle mit acid. carbol. liquefact zu ätzen, mit Jodo-



form zu bedecken und darüber eine Salbe aus 2 Theilen Argent. nitric., 20 Theilen Perubalsam und 100 Theilen Vaseline zu appliciren. Der Verband wird am 4. Tage gewechselt. Nach 6—7 Tagen ist das Ulcus meist in Heilung begriffen. Auch in Fällen, wo die blosse Jodoformbehandlung nicht zum Ziele führte, wurde in kurzer Zeit (im Laufe einer Woche) mit dem Neisser'schen Verfahren Heilung erzielt. Auf die syphilitische Initialsclerose hat die Behandlung keinen Einfluss. In einem Falle half diese mangelnde Einwirkung auf ein suspectes Ulcus die Diagnose auf syphilitischen Primäraffect begründen.

Felix Pinkus (Breslau).

Dubujadoux, Traitement du bubon d'origine chancreuse par l'injection préalable de salol camphré iodoformé. Archives de médec. et de pharmac. militaires Nr. 8. Aug. 1896.

Dubujadoux hat auf Grund früherer guter Erfahrungen betreffend die antibakterielle Wirksamkeit des Salolum iodoformo-camphoratum, eine Anzahl von Ulcus molle-Bubonen vor der Incision mit Injectionen dieses Mittels — $^1/_3$—$^2/_3$ einer Pravaz'schen Spritze, je nach der Grösse des Bubo — behandelt. Am folgenden Tage kleine Incision, Entleerung des zu Fäden und „Würmern" zusammengeballten Eiters, und Tamponade mit Tampons, welche mit einer Lösung des oben genannten Mittels getränkt waren. Gerühmt wird das schnelle Verschwinden der eitrigen Secretion, die Schmerzlosigkeit des Verfahrens und die schnelle Narbenbildung. Wie aus den beigegebenen Notizen über 18 auf diese Weise behandelten Fällen hervorgeht, betrug die Durchschnittsbehandlungsdauer 7 Tage. Paul Oppler (Breslau).

Durand, Victor. Chancre simple perforant du prépuce. Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 208.

Der Patient Durand's litt an Ulcera mollia und durch diese bedingter Phimose. Ohne Abscess und Phlegmone wurde im Verlaufe der Erkrankung das Präputium von dem darunter befindlichen ältesten Ulcus perforirt. Nach der Phimosenoperation heilten sowohl die Ulcera, wie die Perforationsstelle schnell aus. Paul Neisser (Beuthen O/S.).

Estay. Contribuito allo studio delle applicazione delt' eurofene nella cura dell' ulcera molle. Thèse de Paris. 1895 Ref. in Il Morgagni. 18. Aprile 1896.

Estay hat in 6 (!) Fällen von Ulcus molle das Europhen mit gutem Erfolge (Heilung in mindestens 10 Tagen) angewendet und rühmt an dem Mittel: dass es in loco Joddämpfe entwickelt, dass es leicht caustisch und zugleich antiseptisch wirkt, dass es geruchlos ist, dass es ein sehr geringes specifisches Gewicht hat und dass es leicht auf der Wundfläche haftet. Estay zieht es daher dem Jodoform vor und empfiehlt seine Anwendung bei einfachen und bei eiternden Wunden.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Giovannini. Il valore del sublimato come preservativo dell'ulcera venerea. Gazetta Medica di Torino. Nr. 49. 1896.



Giovannini hat über die Wirksamkeit des Sublimats als Präventivmittel gegen Ulcus molle experimentelle Untersuchungen angestellt in der Weise, dass er bei Patienten (11 männl. und 6 weibl.), die an Ulcus molle litten, Inoculationen auf die Mitte der inneren Oberschenkelpartie machte und nach verschieden langer Zeit mit verschieden concentrirten Sublimatlösungen diese Inoculationen behandelte. Er kam dabei zu folgenden Schlüssen: 1. Nach einem suspecten Coitus soll man so schnell als möglich die Genitalien mit einer Sublimatlösung waschen; keinesfalls darf man damit länger als 8 Stunden warten. 2. Am besten nimmt man Sublimatlösung 1 : 1000, namentlich, wenn nach der Infection mehrere Stunden verflossen sind. Schwächere Lösungen bis zu 1 : 4000 darf man nur in den Fällen anwenden, in denen noch nicht eine Stunde seit dem betreffenden Coitus verflossen ist. Vortheilhaft ist es bei der Bereitung der Sublimatlösungen auf ein Theil $HgCl_2$ 5 Theile Kochsalz zuzusetzen. 3. Natürlich müssen alle Falten an den Genitalien sorgfältig berücksichtigt werden. 4. Schleim und Smegma sind bei den Waschungen peinlichst zu entfernen. 5. Die Prädilectionsstellen des Ulcus molle (beim Manne: das innere Präputialblatt, der Sulcus coronarius und das Frenulum; beim Weibe: die Fossa navicularis und die kleinen Labien) und Excoriationen und Exulcerationen müssen besonders vorgenommen werden. 6. Die Waschungen müssen stets einige Minuten lang ausgeführt werden und müssen um so länger ausfallen, je längere Zeit seit dem inficirenden Coitus verstrichen ist, und je schwächere Sublimatlösungen verwendet werden. Ferdinand Epstein (Breslau).

Groleau. Les particularités du chancre mou des doigts. Thèse de Paris. Mai 1896. Ref. in Gazette hebdomad. de méd. et de chir. Nr. 50. 1896.

Groleau betont, dass der weiche Schanker am Finger verhältnissmässig selten vorkomme, dass er aber diagnostisch häufig Schwierigkeiten machen könne, insofern als er zuweilen unter dem Bilde einer einfachen inficirten Wunde, eines Nagelgeschwüres, einer Verbrennung oder einer Frostbeule auftritt. Manchmal verursacht er enorme Schmerzen. Meist schwellen im Verlaufe die Cubitaldrüsen. Die beste Behandlung ist der Jodoformverband. Ferdinand Epstein (Breslau).

Guiteras. Ein Fall von weichem Schanker am Anus. New-York akademie of medic. 14. April 1896. Journ. of cutan. and gen.-urin. dis. Juni 1896.

Guiteras stellt einen jungen Mann mit zahlreichen Schankern am Anus, die seit 4 Monaten bestanden, vor. Patient bestreitet irgend welche präternaturalen sexuellen Manipulationen vorgenommen zu haben; er gibt vielmehr an, dass sich die Schanker am Anus im Anschluss an gleiche Ulcerationen am Penis entwickelt haben. Verf. betont, dass obgleich die Autoritäten gewöhnlich die Entstehung der weichen Schanker am Anus auf Päderastie zurückführen, dennoch eine Autoinoculation leicht möglich sei. — In der Discussion gibt Fuller an, dass der Patient, der 3 Monate vorher in seiner Behandlung gewesen sei, damals Coitus per



rectum zugegeben habe. Auch Hayden erwähnt gleiche Angaben von dem Manne erhalten zu haben. Ledermann (Berlin).

Hayden, James R. Jodoform-ointment injections in the treatment of suppurative adenitis of the groin. The amer. assoc. of gen. ur. surgeons. 28 May. The Journ. of cut. and gen.-ur. dis. 1895. V. 299.

Hayden hat folgende Methode der Behandlung von Leistendrüsenbubonen mit befriedigendem Erfolge ausgeführt und empfiehlt dieselbe: Nach sorgfältiger Reinigung und Desinfection der Haut werden zunächst wenige Tropfen einer 4% Cocainlösung in die zu punktirende Hautstelle injicirt. Dann wird der Eiter durch eine kleine Punction entleert und die Abscesshöhle mit Wasserstoffsuperoxyd gereinigt, mit einer Sublimatlösung (1 : 5000) ausgewaschen und mit Injection einer 10% Jodoformsalbe ausgefüllt. Auf die Wunde kommt ein kalter Sublimatumschlag. Der Patient muss 48 Stunden ruhen, wenngleich Bettruhe nicht unbedingt nothwendig ist. Am 3. oder 4. Tag wird der Verband entfernt. Discussion: Otis hat die Methode gleichfalls geübt, hat jedoch häufig 2 oder 3 Jodoformsalbeninjectionen bis zur definitiven Heilung gebraucht und in einigen Fällen das Jodoform mit gutem Erfolge durch Perubalsam ersetzt. Auch hat er von Jodol gute Resultate gesehen. Post hat nach einfacher Entleerung des Bubos ohne nachfolgende Jodoformsalbeninjection oft Heilungen erzielt. Er betont, dass überhaupt eine Methode nicht für alle Fälle passend ist. Taylor hat mit der Scott-Helm-Fontanmethode (?) einheitlich gute Resultate erzielt und empfiehlt besonders das Auswaschen der Wunde mit Wasserstoffsuperoxyd. Lewis erzielt bei genügend frischen Fällen durch einfache Incision mit einem Bistourie und nachfolgenden Compressionsverband in der Regel gute Erfolge. Bei Exstirpation der Drüsen und Intactheit der bedeckenden Haut hat er oft Heilung per primam intentionem gesehen. Die Injectionsmethode mit Jodoformöl, nach vorhergehender Auswaschung der Höhle mit Wasserstoffsuperoxyd und Sublimatlösung hat ihm wechselnde Resultate geliefert. James Zell weist darauf hin, dass bei Vorhandensein von periglandulärer Entzündung und Drüsenresten nach der Entleerung des Eiters die Injectionsbehandlung nicht anwendbar ist. Otis räth bei septischen Drüsen zur Totalexstirpation und lässt die Kranken 2 bis 3 Wochen das Bett hüten: Hayden beschränkt die Injectionsbehandlung nur auf wirkliche Abscesse. Ledermann.

Nicolich. Vasto ascesso delle parcti abdominali provocato da un' adenite inguinale venerea. La settima divisione sifilitico-chirurgica. Estratto dal Resoconto sanitario dello spedale civico di Trieste per l'anno 1893. (Ref. Ann. gen.-ur. 1896, p. 66.)

Nicolich's Patient war ein Matrose von 24 Jahren, der vor einem Monate eine doppelseitige Leistendrüsenvereiterung in Folge weicher Schanker durchgemacht hatte. Derselbe bemerkte eine harte Stelle in der Bauchwand unterhalb des Nabels, welche bald zu fluctuiren begann. Dabei hohe Temperatur. Die Bubonen waren seinerzeit operirt worden und be-



reits geheilt bis auf eine kleine Fistel auf der linken Seite. Von dieser aus hatte ein grosser Abscess unterhalb des Nabels sich gebildet, welcher erst nach mehreren vergeblichen Incisionen vollständig geöffnet wurde. Nach 100 Tagen Heilung. Barlow (München).

Perry. The Etiology and Treatment of Venereal Buboes. The American Journal. 1896 Novbr.

Perry kommt auf Grund umfangreicher literarischer und statistischer Studien zu folgenden Schlüssen: 1. Der Bubo entsteht durch Absorption chemischer Giftstoffe, welche Producte des Mikroorganismus im Ulcus molle sind. Der Bacillus selbst geht nicht in die Lymphbahnen. 2. Injectionen von Hydrargyrum benzoatum geben bei nicht vereitertem Bubo gute Resultate; erst wenn diese Therapie versagt. ist die Exstirpation gerechtfertigt. 3. Injectionen von Jodoformöl können mit gutem Resultat bei frisch vereiternden Bubonen zur Anwendung kommen. 4. Incision und Curettement leisten gute Dienste bei schlecht ernährter Haut und bei schlaffen Granulationen. 5. Die Excision bleibt als Ultima ratio für diejenigen Fälle übrig, bei welchen die vorher erwähnten Methoden nicht zum Ziel führten. Pinner (Breslau).

Owings, Edward R. Bericht über einen Fall von phagedänischem Schanker. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. Juni 1896.

Den nachfolgenden, von Owings beschriebenen Fall von phagedänischem Schanker geben wir etwas ausführlicher wieder, weil er als abschreckendes Beispiel einer fehlerhaften Therapie gelten kann. Owings sah seinen Kranken drei Wochen nach der Infection. Das sehr lange Präputium konnte noch zurückgezogen werden, die Glans penis und Mucosa praeputii waren mit stecknadelkopf- bis 5 Mm. grossen oberflächlichen Geschwüren bedeckt. Es bestand Eitersecretion aus der Urethra, die Leistendrüsen waren intact. Die Ulcera wurden mit rauchender Salpetersäure geätzt; ausserdem Sublimatirrigationen (1 : 10000) und Aufstreuen von Dermatol. Die Geschwüre nahmen an Zahl und Umfang zu. Nach einigen Tagen erneute Cauterisation der ganzen Oberfläche der Glans und der Mucosa praeputii mit Salpetersäure (!). Am folgenden Tag war Patient unfähig das Präputium zurückzuziehen. Sublimatirrigationen. Zwei Tage später: Penis stark geschwollen. Phimosis mit starker eitriger Secretion und starkem Foetor. In Aethernarcose Incicision des Präputiums. Die ganze Mucosa praeputii und der grösste Theil der Glans jetzt in ein grosses Ulcus verwandelt, das Frenulum zerstört; das Ulcus mit einer schmutzig grauen Membran bedeckt. Erneute Cauterisation mit Salpetersäure (!!). Fünf Tage später Vergrösserung des Geschwürs. Wiederum in Aethernarcose Aetzung mit Salpetersäure. (!!) Jetzt drei Mal täglich Wasserstoffsuperoxydspray auf das Ulcus mit besonderer Berücksichtigung der Geschwürsränder. Allmälige Besserung des alten Ulcus und Entwicklung eines neuen Ulcus an der rechten Seite des Dorsum penis, das wieder in narcosi mit Salpetersäure geätzt wurde. Auch die Urethra wurde wegen Verdachts auf ein intraurethrales Geschwür einer gleichen Behandlung unterzogen (!). Nach dieser Cauterisation An-



schwellung der Leistendrüsen, die nach einigen Tagen zurückging. Nochmalige Aetzung eines kleinen neuen Ulcus der Glans mit Salpetersäure (!). Dann allmälige Heilung unter Verlust des Präputiums und Frenulums. Prompte Cauterisation ist nach Verf. das einzig wirksame Mittel für die Behandlung weicher Schanker. Commentar überflüssig.

Ledermann (Berlin).

Rondelli. Alcuni tentativi di cura des bubons non suppurati con iniczioni intra-glandorari di olio di trementina. Giorn. della R. Acc. di med. di Forino, 1894, et Gazzetta med. Lombarda. 1894. Nr. 27. (Ref. Ann. gen.-ur. 1896, pag. 857.)

Rondelli publicirt nach der Methode von Giovannini vorgenommene Terpentincuren bei eiternden Bubonen. Giovannini glaubt, dass man durch Anregung einer intensiven Eiterung an Bubonen mit langsamen Verlauf Zerstörung der Drüse und folglich eine schnellere Heilung zu Stande bringen könne. In Folge dessen hat er als reizende Injection Terpentinöl verwendet. Die Methode wurde bei 8 Patienten angewendet, von denen 7 einen Bubo hatten, der sich an weiche Schanker anschloss, und an einem, dessen Adenitis einer Blennorrhagie folgte. Die Technik ist sehr einfach. Nach dem Rasiren der betreffenden Inguinalgegend fasst man die Drüse zwischen die Finger, sticht die Nadel einer Pravazspritze hinein und spritzt ungefähr 1 Ccm. Terpentinöl ein. Sofort entsteht ein lebhaft lancinirender Schmerz in der Drüse, welcher allmälig wächst, um 1 Stunde nach der Injection sein Maximum zu erreichen. Ein paar Stunden nach der Injection ist das Ganglion bedeutend geschwellt, die darüber liegende Haut roth und gespannt. Am 2. Tage beginnt Eiterung, die am 3. oder 4. Tage vollständig ist. Entleert man den Bubo, so erhält man eine reichliche Menge nach Harz riechenden Eiters. Die Heilung erfolgt schnell. Meist bringen die Injectionen etwas Fieber bei den Kranken hervor, 38·2°—39·5°. Barlow (München).

Sorel. Deux observations de chancres simples extragénitaux. Chancre sus-malléolaire. Chancre du pénis. Journal des mal. cut. et syph. 1896, pag. 417.

Im Verlauf einer kleinen Epidemie von Ulcera mollia im Januar 1896 zu Toulouse (20 Fälle) waren 3 extragenitale Ulcera mollia zu constatiren. Während der eine Fall (ein Ulcus molle in der Supraclaviculargegend) schon von Rouanet beschrieben ist, theilt Sorel die 2 anderen Fälle mit: In dem einen war ausser einem Ulcus molle am Penis ein solches oberhalb des rechten Malleolus internus (mit Ducrey'sche Bacillen) zu constatiren. In dem zweiten Falle entstanden — neben dem vorhandenen Ulcus am Penis — in der wegen Phthirii rasirten Schamgegend 2 Ulcera an zwei durch das Rasirmesser verursachten Schnittwunden.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Tuttle, J. P. Two cases of urethrae chancre, with unusual secondary symptoms. (The american association of genito-urinary surgeons.) The Boston medical and surgical Journal. Nov. 5. 1896.



Im ersten Falle Tuttle's trat unter Fieber ein masernähnlicher Ausschlag auf, bei dem nur die auf Rumpf und Extremitäten beschränkte Localisation und die Kupferfarbe sowie die fehlende Bronchitis den Unterschied vom klinischen Bild der Masern bildeten. Im zweiten Fall bestanden heftige, Nachts exacerbirende Muskelschmerzen; später entwickelte sich eine Endocarditis, dann eine Meningitis. Vielleicht handelt es sich, nach Tuttle's Meinung, hier um eine Complication mit acutem Gelenkrheumatismus. Pinkus (Breslau).

Syphilis. Allgemeiner Theil.

Abrahams, R. Syphilis or Tuberculosis. Report of a Case Medic. Record. 28. Dec. 1895.

Abraham's 35jähriger Patient erkrankte an Tuberculosis pulmonum mit Blutung, reichlich Bacillen etc. Besserung durch Creosot. Frische syphilitische Infection; Secundärerscheinungen unter starkem Fieber. Unter 50 Inunctionen und JNa. heilt die Lues und — jede Spur von Tuberculose schwindet. J.

Ahlmann, Max. Das Fieber im Eruptionsstadium der Syphilis. Inaug.-Diss. Greifswald 1895.

Nichts Neues. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Basilevski. Syphilis extra-génitale. Société médicale de Kief ref. in Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1896. Nr. 79.

Basilevski berichtet über einen Fall von extragenitaler syphilitischer Infection. Eingangspforte war eine Schnittwunde am Kinn. Er lässt es unentschieden, ob die Infection durch Küssen eines Syphilitischen oder durch die später benutzten Utensilien eines unsauberen Friseurs zu Stande gekommen ist. Doys (Breslau).

Batut, Louis. De la sterno-myosite syphilitique. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895, pag. 394.

Nach einer Aufzählung der in der französischen Literatur vorhandenen 16 Fälle von Gummata des Musculus sternocleidomastoideus berichtet Batut über 2 von ihm beobachtete Fälle. Es handelt sich, wie schon oben angedeutet, bei dieser Erkrankung um tertiäre Erscheinungen bei schlecht oder gar nicht behandelten Individuen; dieselben entstehen eminent chronisch ohne Schmerzen und Fieber, fühlen sich sehr hart an, können aber auch erweichen und vereitern, und reagiren prompt auch grosse Dosen Jodkali. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Bull. du Synd. des méd. de la Seine, April 1896. Nourrices et nourrissons syphilitiques. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, pag. 376.

Das Bull. du Synd. des méd. de la Seine bringt ausführlich die Gutachten zweier Instanzen in einer Entschädigungsklage einer Amme, die von ihrem Säugling, der bei der Geburt keinerlei Zeichen von Syphilis hatte und ihr von der Verwaltung des Enfants-Assistés de Deux-Sèvres zum



Stillen übergeben wurde, syphilitisch inficirt worden war. Nachdem die Verwaltung in der ersten Instanz zu einem Schmerzensgeld verurtheilt worden war, wurde sie in der zweiten Instanz freigesprochen, da sie keinerlei Schuld träfe, indem sie ein für völlig gesund gehaltenes Kind einer gesunden Amme zum Nähren übergeben habe.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Caporali, R. Infezione sifilitica prevalente con lieve infezione malarica; tumore di milza con cirrosi epatua incipiente a prevalenza di natura sifilitica. Gazzetta degli ospedali della cliniche 14 Marzo 1896.

Caporali berichtet von einem 38j. Maurer (angeblich kein Potator), der vor 7 Jahren eine leichte Malaria durchgemacht und 1 Jahr darauf eine Lues acquirirt hatte, in deren Verlauf er bereits eine Apoplexie mit Hemiparesis dextra erlitten hatte. Die gegenwärtige Krankheit des Patienten begann vor 4 Jahren und zwar mit einer Milzschwellung, die im Laufe der Zeit so zugenommen hatte, dass jetzt die ganze linke Seite des Bauches von einem bretthartem höckrigen, mit einer grossen Incisur versehenen Milztumor eingenommen ist. Gleichzeitig besteht geringer Ascites und leichte Lebercirrhose. Hämoglobin 85 Perc. Verhältniss der Leukocythen zu den Erythrocythen wie 1 : 964; keine granulirten einkernigen Leukocythen. Caporali ist der Ansicht, dass in diesem Falle die Lues die Hauptrolle spielt, während er einen allerdings nur geringen Einfluss bei der Erzeugung des Milztumors einer Malariainfection zuspricht. In der Anamnese und im Status fehlen Temperaturangaben.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Catrin. Observation de contagion de syphilis au moyen d'un rasoir contaminé. Société médicale des hôpitaux. Journal des mal. cut. et syph. 1896, pag. 436.

Ein 71jähriger Mann inficirte sich nach dem Bericht Catrin's durch einen Schnitt am Kinn mit dem Rasirmesser seines syphilitischen Sohnes. Da die Syphilis ziemlich ernst auftrat (nach 9 Monaten doppelseitige Iritis), wirft Catrin die Frage auf, ob dies durch die extragenitale Infection oder durch das hohe Alter des Patienten bedingt sei.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Dietz. Syphilis tertiaire. Société de méd. d'Auvers. Gaz. méd. de Liége. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, pag. 497.

Dietz demonstrirt eine Familie mit tertiär syphilitischen Erscheinungen. Die Mutter leidet an Glossitis, Leukoderma, Periostitiden und einem enorm grossen Syphilom der linken Brust. Die Kinder zeigen ebenfalls sämmtlich Zeichen tertiärer Syphilis und zwar die ältesten am ausgesprochensten, die jüngeren im geringeren Masse. Ein Kind hat die Hutchinson'sche Trias. Das älteste Kind, das vor der Infection der Mutter geboren wurde, hat sich später durch Küsse, die es den jüngeren Kindern gab, inficirt, und man sieht noch heut an der Lippe die Narbe von der alten Sclerose. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Evans, Willmot. The Causes of the Localisation of Gummata. The American Journal of the Med. Scimies. Vol. CXII. Nr. 1. Juli 1896.

Evans nimmt an, dass die tertiären Producte der Syphilis nicht mehr contagiös sind, da die pathogenen Organismen nicht mehr im Körper circuliren. Vor dem Absterben produciren sie jedoch eine Quantität Toxine zweifellos chemischer Natur, denn das Gumma unterscheidet sich wesentlich von anderen Entzündungen. Vor der Verkäsung finden sich z. B. im Centrum Riesenzellen (letztere entstehen übrigens nach E. durch einen Reiz, der auf die Zelle ausgeübt wird, zu schwach ist die Zellkörper zur Theilung zu veranlassen, jedoch kräftig genug um die Kerne zur Vermehrung anzuregen) u. a. Nachdem also E. zu dem Resultate gekommen ist, dass das Gumma durch einen specifischen Reiz verursacht wird, bespricht er an der Hand von Fällen und klinischen Beobachtungen die Frage der Prädilectionsstellen der Gummata und folgert: 1. ein Organ muss schlecht mit Blut versorgt sein, um der Sitz eines Gumma werden zu können, 2. dass jedes Moment, welches die Lebensbedingungen eines Organes verändert, wie mechanische Reize, excessiver Gebrauch oder Unterbrechung der Blutzufuhr, dasselbe für gummöse Erkrankungen prädisponiren.

Paul Oppler (Breslau).

Fordyce, John A. Clinical and pathological notes on Syphilis. (The american association of genito-urinary surgeons.) The Boston medical and surgical Journal. Nov. 5. 1896.

Fordyce bespricht besonders die secundären und tertiären Formen der Myositis syphilitica. Einzelne Muskeln werden vorzugsweise befallen, besonders Biceps, Vorderarmbeuger, Masseter, Deltoides, Sternocleidomastoideus und Sphincter ani externus. Bei diffuser Myositis beginnt die Veränderung in den Blutgefässen des interfibrillären Gewebes, erst secundär leidet die Muskelsubstanz. In vernachlässigten Fällen tritt ev. unheilbare Atrophie ein.

Pinkus (Breslau).

Fournier. Fréquence relative des accidents du tertiarisme. Bulletin médical. 3. Mai 1896. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, pag. 368.

Fournier fand unter 4000 tertiär syphilitischen Fällen:

Hautaffectionen	31·8	Proc.	Sarcocele	6·1	Proc.
Tabes	16·9	„	Zungenerscheinungen	5·7	„
Gehirnsyphilis	15·0	„	Affectionen d. weichen Gaumens	5·0	„
Knochenaffection	11·4	„	Progressive Paralyse	4·0	„
Gummata	6·3	„	Befallensein der Nasenknochen	3·4	„

Affection d. harten Gaumens 2·55 Proc.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Fournier (de Briey). Réinfection syphilitique. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Nr. 71., 1896.

Beim französischen medicinischen Congress in Nancy berichtete Fournier über einen Fall von Reinfectio syphilitica. Die erste Infecton lag 15 Jahre zurück und war damals 5 Jahre lang intermittirend



nach **Fournier** mit Quecksilber behandelt worden. Patient hatte dann geheiratet, 3 gesunde Kinder gezeugt und sich stets wohl gefühlt. **Fournier** schliesst daher: die Syphilis ist bei der intermittirenden Hg-Behandlung nach **Fournier** bei manchen Personen in 5 Jahren vollständig heilbar, denn sonst hätte sein Patient nicht die 2. Lues acquiriren können. In der Discussion wendete sich **Barthélemy** — da in Frankreich eine Reinfection nicht anerkannt wird — besonders gegen die deutschen Angaben von Reinfectio syphilitica.

Spiegelhauer (Breslau).

Goldenberg, S. M. 2 Fälle von Reinfectio syphilitica. Jeszenjedelnik. 1895. Nr. 37, pag. 531—532. Russisch.

Goldenberg beschreibt zwei Fälle von Reinfectio syphilitica, welche bei der ersten Infection ebenfalls unter seiner Beobachtung sich befanden. — Der erste Pat. war zum ersten Male inficirt im Juni 1891 und die Reinfection mit deutlichen primären und secundären Erscheinungen trat nach 4 Jahren auf. Der zweite Pat. wurde wegen seiner ersten luetischen Erkrankung im Januar 1892 behandelt und nach $3\frac{1}{2}$ Jahre trat eine Reinfectio syphilitica auf ebenfalls mit deutlichen primären und secundären Erscheinungen. Goldenberg schliesst seine Mittheilung mit der Bemerkung, dass die genannten Fälle insofern interessant sind, als sie hinweisen 1. auf die vollständige Heilung der Syphilis, 2. auf Reinfectio syphilitica und 3. dass die einmal durchgemachte luetische Erkrankung keinen Einfluss auf die Abschwächung der Form der neuen syphilitischen Erkrankung hat. A. Grünfeld (Rostow am Don).

E. H. I. Communication de la syphilis par un enfant à sa nourrice. Responsabilité des parents. II. Silence du médecin. Responsabilités. Ref. in la médecine moderne. Nr. 100. 1896.

Der Pariser Gerichtshof hat eine sehr interessante Entscheidung in einem Rechtsstreit gefällt, in dem es sich um Uebertragung der Syphilis eines anfangs gesunden resp. gesund erscheinenden Kindes auf Amme und consecutiv auf deren Mann und Kind handelte. — Beide Kinder starben und die Amme endete durch Selbstmord. Die angestrengte Klage wurde vom Seinetribunal mit folgender Begründung zurückgewiesen: 1. Die Amme resp. ihr Mann kann nicht beweisen, dass durch das fremde Kind die Krankheit auf sie übertragen worden sei. 2. Können sie nicht beweisen, dass das Kind die Syphilis schon gehabt habe, als sie es in Pflege genommen. 3. Vorausgesetzt, dass das Kind die Syphilis bereits vorher gehabt hat, können die Kläger doch nicht beweisen, dass seine Eltern es gewusst haben. Der von der Amme Mann angerufene Appellationshof holte das Gutachten Fournier's ein und gab ihm besonders zwei Punkte zu beantworten: 1. ob die bei der Amme sicher constatirte Lues auch von dem Pflegling stamme und woher dieses dann wieder seine Syphilis habe, 2. ob die Eltern des syphilitischen Kindes zur Zeit, als sie es der Amme in Pflege gaben, gewusst hätten, dass das Kind diese Krankheit auf die Amme übertragen könne. **Fournier** gab folgendes Gutachten ab: Es steht zweifellos fest, dass der Pflegling von hereditärer Lues be-



fallen war und diese Krankheit auf seine Amme übertragen hat, von der wieder ihr Mann und ihr Kind syphilitisch wurden. Ueber den zweiten Theil der ersten Frage konnte der Sachverständige keine sichere Auskunft geben, da sich weder bei Vater noch Mutter des Pfleglings trotz genauester Untersuchung Syphilis resp. Residuen von ihr nachweisen liessen, dass aber die Syphilis des Kindes von einem der Eltern „resp. Erzeugern“ herrühre, sei sicher, jedoch liesse sich nicht sicher sagen, von wem. Er fügte noch hinzu, dass derjenige Theil, welcher sich schuldig gefühlt hätte, es nicht hätte zugeben sollen, dass das Kind einer Amme übergeben würde. Bei der Verhandlung berief sich der klägerische Anwalt auf eine im April (19,) 1874 vom Pariser Gerichtshof gefällte Entscheidung, wonach in einem ähnlichen Falle die Eltern als solche (bei der Mutter war die Syphilis nachgewiesen) verurtheilt worden waren, ohne dass das Gericht darnach gefragt hatte, ob die Eltern von der Krankheit ihres Kindes gewusst. Der Gerichtshof wies jedoch die Klage mit folgender Begründung zurück: In der Erwägung, dass es ungerecht sei, „beide“ Eheleute zu verurtheilen, da einestheils eine gesunde Frau von einem syphilitischen Mann, ohne selbst syphilitisch zu werden, ein syphilitisches Kind gebären könne, umgekehrt aber auch die Frau syphilitisch und der Mann gesund sein und bleiben könne und drittens aber auch beide gesund sein könnten — jedoch nicht der Hausfreund — sei die Klage fallen zu lassen, da der schuldige Theil, von welchem der Pflegling die Syphilis gehabt habe, nicht zu ermitteln sei. Im Anschluss hieran macht Dr. H. aufmerksam auf die Verantwortlichkeit des Arztes, was das Ammenwesen betrifft und weist auf eine Entscheidung des Civilgerichtes von Amiens (12. August 1893) hin: da der Hausarzt eine Amme gestattete, da er diese auf Kosten der Eltern immerfort besuchte und da die Syphilis auf die Amme beim Stillen übertragen wurde, so kann die Amme nicht nur die Eltern — sondern auch den Arzt verklagen. Denn der Arzt kann nicht beweisen, dass er die Amme nur auf Kosten der Eltern besuchte, dass er ihr die Krankheit des Kindes nicht zu verheimlichen hatte und dass sein Stillschweigen nur bestand in einer Unterlassungssünde, die mit seiner Verantwortlichkeit als Arzt nichts zu thun hatte: Der Arzt hat sicher, sobald sich bei dem Kinde Zeichen von hereditärer Lues zeigen, die Pflicht, Massnahmen zu treffen, dass die Amme nicht angesteckt wird.

Theodor Spiegelhauer (Breslau).

Hawthorne. A Syphilitic Family History. — The Glasgow Medical Journal. April 1896. pag. 291.

Hawthorne berichtet über eine Familie, deren überlebende Mitglieder mehr oder weniger ausgeprägte Symptome von Lues hereditaria darbieten (Hutchinson'sche Zahnbildung, Keratitis interstitialis etc.). Die Eltern sind todt; über ihre Lues ist nichts bekannt. Die Mutter war 7 Mal gravid; ein Abort im vierten Monat, 2 Kinder ganz jung an „Hydrocephalus“ (?) gestorben. — Interessant ist es, dass die hereditären Luessymptome bei den 4 überlebenden Kindern unregelmässig in ihrer Intensität sich darbieten, und nicht — wie es gewöhnlich der Fall zu



sein pflegt — die Hochgradigkeit der Lueseinwirkung allmälig von Geburt zu Geburt abnimmt. — Bei dem sechsten Kinde trat im 14. Lebensjahr paroxysmale Hämoglobinurie auf, welche nochmals recidivirte. Verf. rechnet dieses Symptom zu den Folgeerscheinungen der Lues und führt einige Literaturdaten an, welche dasselbe erweisen sollen. Pinner.

Howard, Paxton Collins. Bericht über einen Fall von Reinfectio syphilitica. Journal of cut. and genito-urin. Diseases. Aug. 1896.

Der 28jährige Patient, ein Minenarbeiter, hatte vor 8 Jahren einen Schanker gehabt, dem Secundärerscheinungen gefolgt waren. Die von demselben herrührende Narbe ist an der Dorsalfläche des Penis etwa einen halben Zoll von der Glans entfernt localisirt. Der Schanker erschien damals 21 Tage nach dem Beischlaf. Später entwickelte sich Roseola am Körper, Alopecie und Plaques mouqueuses in Mund und Rachen. Die Behandlung wurde zur Zeit über 2 Jahre ausgedehnt, während welcher Zeit Patient zweimal Curen in den heissen Quellen zu Arkansas durchmachte, gleichzeitig von competenten Aerzten mit Hg behandelt wurde. Während der ersten Monate nach der Erkrankung litt er öfters an Plaques mouqueuses im Munde. Er blieb dann 6 Jahre vollständig frei von syphilitischen Erscheinungen. Als Verf. ihn vor einem Jahre sah, litt er an rheumatischen Beschwerden, die er auf seine Beschäftigung als Minenarbeiter schob. Von Lues waren Symptome nicht zu finden. 9 Jahre nach dem ersten Schanker und 28 Tage nach dem Coitus erschien ein Schanker an der Dorsalfläche des Penis nahe der Corona, dessen Narbe vom Verf. noch gesehen und gefühlt werden konnte. 6 Wochen später entwickelten sich Plaques in der Umgebung des Anus, die mit verschiedenen Salben ohne Erfolg behandelt wurden. 2 Wochen später und 2 Monate nach dem Erscheinen des Schankers erschien eine Eruption auf der Kopfhaut und am Ende der 10. Woche eine Plaque mouqueuse an der Unterfläche der Zunge links vom Frenulum; in der 13. Woche nachher entwickelten sich Flecke in der rechten Glutealgegend von der Grösse eines 25 Centstücks, dunkler Farbe, excoriirt und schwer heilend; in der 17. Woche der Erkrankung sah ihn Verf. und constatirte epitrochlere, suboccipitale und inguinale Drüsenschwellung. Collins hält diesen Fall für eine reine Reinfectio syphilitica, den einzigen Fall, den er in seiner grossen Praxis mit Sicherheit constatirt hat. R. Ledermann (Berlin).

Jacquinet. Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. Thése de Paris, 1895. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895. pag. 377.

Jacquinet schildert die ungünstige Prognose, die eine Combination von Tuberculose und Syphilis bieten, indem gewöhnlich die Tuberculose dabei in dem durch Lues schon geschwächten Körper schnellere Fortschritte mache und jeder Versuch, die Lues zu behandeln, die Tuberculose verschlimmere. Eine möglichst peinliche Prophylaxe sei also jedem Luetiker, besonders mit Mund-, Rachen- oder Larynx-Erscheinungen dringend anzurathen. Paul Neisser (Beuthen O. S.).





Lefour. Syphilis et grossesse. Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895. pag. 224.

Lefour demonstrirt eine einem 3 Monat alten Kinde amputirte supplementäre grosse linke Zehe. Die Vorgeschichte der Eltern ist folgende: Der Ehegatte, der 1880 sich luetisch inficirt hatte, steckte 1885 bald nach seiner Verheiratung seine Gattin an. 1887 am Ende des 7. Monats der Gravidität Ausstossung zweier macerirter Früchte, 1889 im 8. Monat Frühgeburt eines nach 24 Stunden zu Grunde gegangenen Kindes. 1891 neue Gravidität mit Hydramnios und Geburt (durch Wendung) einer macerirten Frucht. Nach sehr energischer antisyphilitischer Behandlung beider Ehegatten Geburt des bis auf die Missgestaltung völlig normalen 3½ Kilo wiegenden Kindes, bei dem sich auch während der 3 Monate seines Lebens keine Zeichen von hereditärer Lues zeigen. Vortragender schliesst seine Demonstration mit der Frage, ob man diese Missgestaltung in Verbindung mit dem dabei vorgekommenen Hydramnios nach dem Vorgange Fournier's der vorangegangenen Syphilis in die Schuhe schieben solle oder ob man an ein Versehen (die Mutter soll während ihrer Gravidität über einen Arbeiter mit einem amputirten Daumen heftig erschrocken sein) denken solle. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Lesser, E. Unter welchen Bedingungen dürfen Syphilitische heiraten? (Therap. Monatsh. 1896, Heft 8.)

Den Syphilitischen bedrohen in der Ehe hauptsächlich zwei Gefahren, die des Auftretens schwerer Tertiärerscheinungen und die der Uebertragung der Krankheit auf die Familienmitglieder. Die erstere darf, da tertiäre Erscheinungen, wie Lesser als feststehend annimmt, nicht ansteckend sind und nur in einer Minderheit der Fälle auftreten, nicht als Ehehinderniss betrachtet werden, zumal wenn in der „Secundär"-Periode eine sorgfältige und energische Hg-Behandlung stattgefunden hat. Ausgenommen hiervon sind natürlich die Fälle, die schon schwere tertiäre Erkrankungen durchgemacht haben. Die Gefahr der Ansteckungsfähigkeit erlischt wenigstens bei Männern, die vornehmlich hier in Frage kommen, nach L. gleichzeitig mit derjenigen der Vererbbarkeit. Da nun die Uebertragbarkeit der Syphilis durchschnittlich etwa 3 Jahre nach der Infection erlischt, so verlangt L. als absolutes Minimum eine Zeit von 3 Jahren, nach Ablauf deren der Syphilitische im Allgemeinen heiraten darf, wobei selbstverständlich individualisirt werden muss; wenn möglich, sollen 5—6 Jahre zwischen Infection und Heirat verstrichen sein. Karl Herxheimer (Frankfurt a. M.).

Maréchal, G. Récherchs sur l'auto inoculation contre la Syphilis à l'aide du serum humain Syphilitique Microbe specifique de la Syphilis. La Médecine moderne. 28. Nov. 1896.

In dieser Veröffentlichung, für welche die Redaction der „Médecine moderne" jede Verantwortung in einer Anmerkung ablehnt, berichtet Maréchal über Impfungen mit syphilitischem Serum, die er an sich selbst vorgenommen hat, und die mit der Entstehung einer Initialsclerose



mit darauffolgender Roseola endeten. Jede Injection verursachte eine schmerzliche Schwellung der regionären Lymphdrüsen. Aus dem Serum von Syphilitikern züchtete er (unter 60 Fällen 40 Mal) ein Bakterium, das auf menschlichem Serum und sauerem Harn leicht wuchs, nach Gram sich entfärbte und ganz dem Ducrey'schen Streptobacillus des weichen Schankers glich. Diesen Streptobacillus züchtete er auch aus dem Ulcus molle direct heraus. Er wächst sehr leicht und schnell. Auf die Neubelebung der unitarischen Theorie, welche Verfasser aus diesen Befunden ableitet, weiter einzugehen, verbietet der Raum.

Felix Pinkus (Breslau).

Mracek, Franz. Ueber Reinfectio syphilitica. Wiener klin. Rundschau. 1896 Nr. 2, 3, 4.

Mracek hält die meisten für Reinfectio syphilitica angesehenen und als solche publicirten Fälle für Täuschungen. Es ist zum Mindesten nothwendig, dass entweder ein und derselbe Arzt die Kranken beide Male beobachtet habe oder dass über erste Erkrankung klinische Krankengeschichten vorliegen. Anamnestische Angaben von Seiten der Kranken haben keinen Werth. — Mracek ist der Ansicht, dass viele recidivirende Sclerosen stärker infiltrirte venerische Geschwüre, selbst Gummen, alle ohne typische andere recente Syphilissymptome in ihrem Gefolge, oft für Reinfectionen genommen wurden oder doch dafür genommen werden können. — Wirkliche Reinfectionen hält Mr. dem entsprechend für sehr selten. Er selbst gibt nun zwei ausgesprochene, unzweifelhafte Reinfectionen aus seiner eigenen Praxis mit Intervallen von je 10 und 5 Jahren zwischen den beiden Infectionen. Beide Fälle waren männliche Patienten aus der eigenen Privatpraxis. Das eine Mal waren die der zweiten Infection folgenden Allgemeinerscheinungen ziemlich schwerer Natur, und zwar schwerer als die nach der ersten Infection aufgetretenen, im anderen Falle, bei einem Intervalle von 5 Jahren, waren die zweiten Allgemeinsymptome leichter Natur, d. h. solche, die auf Hg-Behandlung sehr bald geschwunden waren. Mracek resumirt: 1. Es gibt unzweifelhafte Fälle von Reinfectio und demnach eine vollkommene Heilung der Syphilis. 2. Der Verlauf einer zum zweiten Male acquirirten Lues muss keineswegs immer ein leichter sein. 3. Alle Fälle von zweifelhafter Reinfection wurden das erste Mal mit Hg. behandelt, woraus auf die Wichtigkeit der mercuriellen Behandlung und deren Nutzen geschlossen werden muss.

Ullmann.

Neumann, J. Pathogenese der tertiären Syphilis mit Rücksicht auf die Behandlung. Wiener klin. Rundschau. 1896, Nr. 1, 2 und 3.

Neumann erörtert zunächst einige allgemeine Fragen aus dem Capitel der Pathogenese des Tertiarismus. Syphilis ist heilbar, doch ist eine sichere Controlle im speciellen Falle und in keiner Periode möglich. Weder verschuldete der Merkurialismus das Auftreten von tertiären Erscheinungen, noch sei die These bewiesen, dass unzureichende Hg-Behandlung den Eintritt tertiärer Symptome befördere. — Wichtig



sind die anatomischen, constitutionellen Verhältnisse des Individuums und specielle Krankheitsmomente. Neumann hat durch 10 Jahre post infectionem Uebertragungen beobachtet auch bei tertiären Symptomen, wenn dieselben in den ersten Jahren auftreten. Weiterhin wird das vom Autor zuerst nachgewiesene und oft berührte Capitel von der Persistenz syphilitischer Producte nach sonstigem scheinbaren Schwinden sämmtlicher Symptome eingehend besprochen. An Stellen, die vielen Reizmomenten ausgesetzt sind, Mundschleimhaut, Vola manus, Corona veneris, Larynx, komme es am häufigsten zu Recidiven im secundären Stadium und durch Persistenz der syph. Exsudatzellen später auch zum Ausbruch von tertiären Erscheinungen. Nicht nur traumatische Einflüsse mechanischer, chemischer, thermischer Natur, sondern auch die functionelle Anstrengung spielt hier eine wichtige Rolle. Myositis gummosa in den angestrengten Muskeln. Periostitis an oberflächlich liegenden, zufälligen Traumen ausgesetzten Knochen. — Wichtig ist ferner der Ernährungszustand, die Constitution und die äusseren Lebensbedingungen für den Ausbruch von Tertiarismus, welcher bei mehr cultivirten Völkern seltener und in milderer Form auftritt als bei Volksstämmen mit niederer Gesittung. Aus zahlreichen, hier vom Autor angeführten statistischen Tabellen aus seiner Klinik, sowie aus dem Vergleiche dieser mit den vorliegenden Statistiken Fournier's, Neisser's, Haslund's, Ehler's und Marschalko's kommt derselbe ebenso wie alle genannten Autoren zu dem Schlusse von der einschneidenden Wichtigkeit einer rechtzeitigen antisyphilitischen Behandlung zur Vermeidung des Tertiarismus.

Ueber die Art dieser Behandlung resumirt Redner folgendermassen:

1. Die Syphilis ist nicht schablonenmässig, präventiv oder chronisch intermittirend, sondern symptomatisch, nach den für die symptomatische Behandlung giltigen Principien zu behandeln.

2. Der Primäraffect wird im Allgemeinen örtlich behandelt; bei excessiver Grösse, ungewöhnlicher Härte, functionelle Störungen verursachender Localisation wird die Exstirpation vorgenommen, nicht in der Absicht, die constitutionellen Erscheinungen zu verhüten, sondern auf Grund der in der Chirurgie für die Exstirpation von Tumoren geltenden Indicationen.

3. Die Präventivcur, zumeist in Form von Einreibungen, wird angewendet bei Phimose in Folge von indurativem Oedem des Präputium und beim Sitz des Primäraffectes in der Urethra, um die Stricturirung zu verhüten.

4. Die allgemeine Behandlung beginnt mit der ersten Eruption des Exanthems. Sie muss energisch und möglichst nachhaltig sein. Gegen Recidive gilt grösste Sorgfalt in der Beseitigung derselben.

5. Eine Behandlung in der symptomlosen Periode findet nur bei bebestimmten Eventualitäten statt: vor Eintritt in die Ehe, bei Schwangerschaft, an einem Mann, bei dessen Frau wiederholt Abortus, Früh- oder Todtgeburten stattgefunden, eventuell an der Frau selbst.

6. Die Aufgabe aller therapeutischen Eingriffe ist gründlichste Beseitigung aller Syphilissymptome, weil dadurch nach den Ergebnissen sämmtlicher Statistiken, die Häufigkeit der tertiären Syphilis am wirksamsten herabgedrückt wird.

7. Es gibt zur Zeit kein Heilverfahren, welches den Eintritt tertiärer Syphilis immer zu verhindern vermag.

8. Gar nicht oder mangelhaft Behandelte liefern das grösste Contingent tertiärer Syphilis.

Der chronisch intermittirenden Behandlungsmethode ist durch die oben angeführte Statistik, der gemäss überhaupt nur 22% aller Syphilitischen tertiär werden, die Basis fast vollends entzogen. Uebrigens muss hervorgehoben werden, dass die nach der chronisch intermittirenden Methode Behandelten vor der tertiären Lues nicht mehr gesichert sind, als die symptomatisch Behandelten. Ullmann.

Ogilvie. De la réinfection de la Syphilis. La France Médicale. Nr. 43, 1896.

Ogilvie berichtet über einen Fall von syphilitischer Reinfection. — Ein Arzt wurde im Jahre 1876 inficirt. Indurirter Schanker von inguinaler und cubitaler Scleradenitis gefolgt. Patient wurde von mehreren Aerzten untersucht, die mit der Diagnose Syphilis übereinstimmend Quecksilbereinreibungen verordneten. — Die Confrontation ergab auch ein positives Resultat, da an der Infectionsquelle deutlich secundäre Erscheinungen nachzuweisen waren. — Bald darauf erschien an der Brust und am Abdomen ein maculöses Exanthem und Plaques muceuses im Rachen und Munde. Nach 40 Inunctionen war das Exanthem gegeschwunden, die Schleimhauterscheinungen persistirten aber noch längere Zeit, da Pat. starker Raucher war. Pat. hatte keine specifischen Erscheinungen bis zum Jahre 1891, in welchem die zweite Infection statt hatte. Nach einem suspecten Coïtus mit einer Person, die fast zu gleicher Zeit einen seiner Freunde mit Lues zum ersten Male inficirt hatte, bemerkte Pat. einen indurirten Schanker am Penis und zwar an einer anderen Stelle als der Erste gelegen war. Inguinale Scleradenitis. — Bald darauf stellte sich ein ausgedehntes maculo-papulöses Exanthem ein, welches an den behaarten Stellen des Kopfes und Gesichtes pustulös wurde. Cervicale Scleradenitis. — Da wegen einer vorhandenen Nephritis die mercurielle Behandlung nur recht vorsichtig angewandt werden konnte, blieb das Exanthem lange Zeit bestehen. Ogilvie behauptet, die syphilitische Reinfection wäre kein stricter Beweis der Heilbarkeit der Lues, da Reinfectionen bei Individuen beobachtet wurden, die charakteristische tertiäre Symptome aufwiesen, die tertiären Erscheinungen müsse man als specifisch durch Lues verursachte betrachten, da dieselben öfters mit secundären zusammen, wie es bei der hereditären Lues der Fall ist, auftreten. v. Sachs (Breslau).

Pellizzari, Celso. Syphilide galoppande. Präsentazione di un caso Falla all Academia medico-fisica fiorentina il 1 April. Sosperimentale XLIX, Nr. 11. — p. 202.



Pellizzari demonstrirte eine 20jähr. Frau, welche an der Haut ein schweres knotig-orbiculäres und tief ulcerirendes Syphilid mit Bildung von Rupiaborken zeigte. Die Infection dürfte drei Monate vorher an der Mamma erfolgt sein durch ein fremdes Kind, das sie gestillt hatte. Der Grund, dass die Syphilis so ausserordentlich rasch und heftig verlief, dürfte darin gelegen sein, dass die Frau eine Stillende war. Ihr eigenes Kind, Anfang September des Vorjahres geboren, zeigte keine Symptome von Syphilis, obzwar sie es gleichfalls gestillt hatte, und dürfte nach Pellizzaris Ansicht durch die Milch der erkrankten Mutter immunisirt worden sein. Ref. Dr. Spietschka (Prag).

Rochon. De la virulence de sperme dans la syphilis secondaire. La Médicine moderne. 1896, Nr. 30.

Rochon beobachtete folgenden Fall: Ein Mann heiratete mit einer noch verhältnissmässig frischen Lues. Aus Furcht, ein syphilitisches Kind zu zeugen, entleerte er seine Spermaflüssigkeit nicht in die Vagina, sondern auf das Abdomen der Frau, welche alsbald mit einem Chancre géant am Nabel sich vorstellte, dem später ein Exanthem folgte.

Dass in solchem Falle nicht das Sperma an sich infectiös zu sein braucht, lehrte ihn eine andere Beobachtung. Ein junger Mann, dessen Lues 1¼ Jahr alt war, hatte zuletzt eine Gonorrhoe, es fanden sich bei ihm noch Spuren von Secret ohne Gonoccen. Pat. coitirte und brachte sein Verhältnis, bei welchem eine Infection durch einen Anderen angeblich ausgeschlossen war, mit einem Primäraffect an der Vulva nach einigen Wochen zur Behandlung. Rochon unterzog beide einer Hg-Cur, und alsbald schwand beim Manne das Urethralsecret.

Verf. bespricht im Anschluss hieran die verschiedenen luetischen Affectionen der Wege, welche das Sperma zu passiren hat, und die Gelegenheitsursachen, welche dem Sperma auf seinem Wege die Beimischung von luetischem Material bewirken können. Er kommt dabei zu Schlüssen, welche besonders für die Frage der Intrauterininfection und der conceptionellen Lues nicht uninteressant sind. Pinner.

Ross, F. d. Js. Syphilis Antaganistic to Tuberculosis. Medical Record. 1896, 15. Feb.

Ross' zweifellos syphilitischer Patient ein 18jähriger Mann, erkrankte an Lues wurde mit Hg. u. JK behandelt; es besserten sich auch die Erscheinungen der Tuberculose. — Der Mann ist noch 7 Jahre nach der syphilitischen Infection ganz gesund. J.

Royet. Epithélioma de l'amygdale chez un syphilitique. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1895, pag. 732.

Der Patient Royet's, ein Syphilitiker, zeigte eine sehr schmerzhafte Ulceration einer Tonsille, welche das typische Bild eines Epithelioms darbot; in der Submaxillargegend und längs des Sternocleidomastoideus waren schmerzhafte Drüsen fühlbar. Unter Jodkaligebrauch besserte sich der Zustand, namentlich die subjectiven Beschwerden merklich. Royet lässt nun die Frage offen, ob es sich hier um eine durch Secundär-



infection veränderte syphilitische Erscheinung oder um ein durch Jod nur theilweise verändertes Epitheliom bei einem Syphilitiker handelt.

Paul Neisser (Beuten O. S.).

Tacenicz. De l'inoculation du chancre induré sur le même sujet. Przegl. Lek. 1895, Nr. 1—5. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 120.

Tacenicz berichtet zwei Fälle von Inoculation von Sclerosen bei demselben Individuum. In dem 1. Fall zeigte sich 4 Wochen nach der Constatirung einer Sclerose an der Innenfläche des linken kleinen Labiums eine solche in der Fossa navicularis, die sich mit den Labien in Contact befand. Fall 2 betraf eine Frau von 22 Jahren mit einer Sclerose der Innenfläche der Oberlippe, circa 40 Tage später Sclerose an der Zunge.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Tenney. Four Selected Cases of Syphilis. Boston Medical and Surgical Journal. April 16. 1896.

Tenney berichtet 4 Lueskrankengeschichten. Die eine ist interessant dadurch, dass er bei einem Process am weichen Gaumen auf JK-Darreichung keinen Erfolg sah, welcher jedoch bei gleichzeitiger Hg-Application alsbald eintrat. — Bei einem anderen Patienten fanden sich neben anderen sicher luetischen Symptomen (Iritis, Orchitis, Plaques im Rachen) eine chronisch verlaufende Lungenaffection, deren Aetiologie nicht festzustellen war. Der gute Erfolg einer specifischen Cur lässt aber die Möglichkeit einer auf luetischer Basis entstandenen Erkrankung nicht von der Hand weisen.

Pinner (Breslau).

Tommasoli. Sifilide e Sifilismo. Ref. med. Nr. 93, 95, April c 1896.

Tommasoli geht ausvon der Betrachtung der verschiedenen Ansichten von Fournier und Boulengier über die hereditäre Lues, von denen ersterer 5 Arten der Syphilisübertragung annimmt (1. requirirte, 2. hereditäre (vom Vater her), 3. hereditäre (von der Mutter her), 4. mütterliche postconceptionelle, 5. conceptionelle), während Boulengier jede Uebertragung des Luesgiftes per ovulum bezw. per semen leugnet. Tommasoli bespricht nun eingehend die Beweise für und wider jede dieser beiden Ansichten und hebt hervor, dass ein Fortschritt in der Klärung dieser Frage so lange nicht zu machen sei, so lange die bisherige Eintheilung der Lueserscheinungen und der einzelnen Phasen der Krankheit beibehalten würde. Tommasoli macht folgende Unterscheidungen und nennt:

1. „Syphilitische Infection:" den Zustand, bei welchem im Organismus stets infectionstüchtiges Virus vorhanden ist, ganz abgesehen von der etwaigen Reaction des Körpers auf dasselbe.

2. „Syphilitische Krankheit:" den Zustand, in welchem *a)* entweder Virus und Toxine, oder *b)* nur Toxine, oder *c)* weder Virus noch Toxine, sondern nur Alexine (i. e. Producte der Producte des Virus) im Körper vorhanden sind.

3. „Wahre und eigentliche Syphilis": diejenige Phase der Krankheit, in welcher die sogenannten primären und secundären Efflorescenzen



neben den Allgemeinerscheinungen nicht specifischer Art sich zeigen (cfr. Nr. 2 *a* und *b*).

4. „Syphilismus:“ die Phase der Krankheit, in welcher nur noch Alexine im Körper kreisen und welche klinisch charakterisirt wird nicht, nur durch die sogenannten parasyphilitischen Affectionen (i. e. allgemeine Schwächlichkeit, rhachitischer oder scrophulo-tuberculöser Habitus, Idiotie, psychische Störungen etc.), sondern auch durch Modificationen des Organismus, die ihn immun machen für weitere Infectionen und durch einen grossen Theil der bisher „tertiär“ genannten Erscheinungen (gummöse und tuberöse nicht mehr infectiöse Efflorescenzen). cfr. Nr. 2 c.

Wendet man diese Eintheilung auf die Frage der hereditären Lues an, so meint Tommasoli, dass per ovulum bezw. per semen nur übertragen werden könne „der Syphilismus“, dessen Träger späterhin durch Contact keine Infection mehr bewirken könne. Ein infectionsfähiges Lueskind kann nur von einer Mutter geboren werden, die — noch nicht im Stadium des „Syphilismus“ — selbst noch im Stadium der „Infection“ steht und gleichzeitig specifische Läsionen an der Placenta hat, die ein Durchgehen des Virus durch das normaliter undurchlässige Filter gestatten.

Hiemit im Widerspruche steht der 2. Teil des Colles-Baumès'schen Gesetzes, welcher besagt, dass das durch den Vater bei der Zeugung syphilitisch gemachte, von der gesund gebliebenen Mutter geborene Kind, seinerseits wieder die Quelle für Infectionen anderer Individuen werden kann. Dem gegenüber betont Tommasoli, dass er Fälle von dieser Art nicht beobachtet habe. Auch hält er die Colles'schen Beobachtungen ebensowenig wie den Fall von Neumann (gesunde Mutter, luetisches Kind, Uebertragung der Lues von diesem Kinde auf die Grossmutter) nicht für einwandsfrei; da in letztem Falle ihm einerseits nicht festzustehen scheint, dass die Grossmutter gerade von dem Enkel die Lues acquirirt haben müsse, und da andrerseits die Mutter des Kindes wohl eine, wenn auch latente, Lues mit entsprechenden Placentarläsionen gehabt haben mag.

Schliesslich wendet er sich wieder den beiden Theorien von Fournier und Boulengier zu und hebt hervor, dass Boulengier zwar recht haben kann, wenn er die Uebertragung des Luesgiftes per ovulum bezw. semen leugnet, er aber sicher zu enge Grenzen zieht, wenn er nur die sogenannten parasyphilitischen Affectionen für bei der Zeugung übertragbar hält. Fournier dagegen kann nach Tommasoli darin recht haben, dass es eine väterliche und mütterliche „sogenannte hereditäre Lues“ gibt, sofern nur unter dieser bei der Zeugung übertragenen Lues der oben präcipirte „Syphilismus“ verstanden wird.

Am Schlusse betont Tommasoli energisch, dass allerdings alle diese Erwägungen auf hypothetischer Basis aufgestellt seien, die zwar noch durch eingehende klinische und experimentelle Studien zu stützen seien, die ihm aber zur weiteren Forschung auf diesem Gebiet recht geeignet erscheine. Ferdinand Epstein (Breslau).



Tschapine. Ramollissement syphilitique du radius. Wratsch 1894. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895, p. 301.

Die Kranke Tschapine's, welche auch schon an anderen tertiären Erscheinungen gelitten hat, zeigt eine gummöse Erkrankung des rechten Vorderarms, Periostitis der Ulna und Knochengumma des um zwei Centimeter gegen den linken verkürzten Radius. 3 Centimeter oberhalb des Processus stytoideus fühlt man über eine Fläche von 5 Cm. hin deutliche Erweichung und kautschukähnliche Consistenz des Knochens. Supination und Pronation sind sehr erschwert, die Extremität viel schwächer als die entgegengesetzte; trotzdem nur geringe und nicht häufig auftretende Schmerzen vorhanden. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Wroczynski. Deux cas de syphilis tive. Medycyna 1894 Nr. 41. Ref. im Journal des mal. cut et syph. 1896 p. 116.

Wroczynski berichtet über einen Rectaltumor bei einem Luetiker, der einen bösartigen Tumor vortäuschend, doch endlich unter antisyphilitischer Behandlung verschwand, und über einen Fall von Ascites bei einem hereditär syphilitischen Kind, der nach der Ansicht des Verfassers durch die Vena porta comprimirende Gummata bedingt war und ebenfalls unter Quecksilberbehandlung verschwand. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Zelenev. Un cas de chloro-anémie syphilitique avec oedème sans albumine guéri par le mercure. Mediz. Obozréniel 1895 Nr. 2. Ref. im Journal des mal. cut. et syph. 1895 p. 629.

Der 25jährige Patient Zelenev's, dessen Knochenbau deutliche Zeichen einer hereditären Syphilis aufwies, wurde mit einem Gumma der hinterenHalsgegend,heftigen nächtlichenKopfschmerzen und einem innerhalb der letzten 24 Stunden entstandenem Oedem fast der gesammten Körperoberfläche in das Krankenhaus aufgenommen; ausserdem litt er seit längerer Zeit an Malaria, deren heftige Anfälle auch im Hospital zu constatiren waren. Albumen im Urin war nicht zu constatiren; die Blutuntersuchung ergab eine bedeutende Verminderung der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobingehalts und eine Vermehrung der Leukocyten Unter täglich vorgenommenen Injectionen von 2 Cm. 1% Hydr. benzoic-Lösung besserte sich der Zustand merklich; nach 30 Injectionen war eine bedeutende Vermehrung der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobingehalts, ebenso ein Verschwinden des Oedems wie der Malariaattaquen zu constatiren.

Vortragender lässt die Frage offen, ob das Hydrargyrum durch die Heilung der Lues nur auf den Körper kräftigend und auf diese Weise indirect auf die Malaria, oder ob es direct auf die Malariaplasmodien vernichtend gewirkt habe. Paul Neisser (Beuten O. S.).

Syphilis: Haut, Schleimhaut, Knochen und Gelenke.

Audry, Ch. Sur une syphilide polymorphe de la langue. Lymphangiectasie syphilitique. Journal des mal. cut. et syph. 1895, p. 652.



Die Patientin, die ebenso, wie ihr Mann, auf extragenitalem Wege inficirt worden war, zeigte, als sie in Audry's Behandlung kam, sehr hochgradige Zungen- und Mundaffectionen, die alle nach einer antisyphilitischen Cur verschwanden; nur am rechten Zungenrande hatte sich inmitten gesunder Schleimhaut ein gestielter nussgrosser Tumor entwickelt, der von Audry mit dem Galvanokauter entfernt wurde. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab jugendliches, embryonales Gewebe, reichlich durchsetzt mit Lymphgefässen, und nur stellenweise von einer sehr veränderten Schleimhaut bedeckt.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Balzer. Du chancre syphilitique. Journal des mal. cut. et syph. 1895, p. 655.

In dem nichts Neues bringenden Vortrag bespricht Balzer die Diagnose der Sclerosen und ihr verschiedenes Aussehen, je nachdem dieselben auf Schleimhäuten oder der Hautoberfläche sitzen. Er erwähnt sodann die extragenitalen, von denen er besonders die Lippen-, Zungen-, Tonsillen- und Rectalsclerosen hervorhebt.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Bayer. Chancre de l'amygdale. Soc. Belge d'otologie et de laryngol. ref. in Gazette hebdom. de méd. et derchir. Nr. 51, 1896.

Bayer: Fall von hartem Schanker der Mandel.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Berger. Sur le traitement du rétrécissement syphilitique du rectum. Société de chirurgie; séance du 14. October 1896 ref. in La médecine moderne Nr. 84, 1896.

Berger spricht zu der Behandlung der syphilitischen Rectumstricturen mittelst Dilatation, über die in der vorhergehenden Sitzung Reclus einen Vortrag gehalten. Diese von Gosselin empfohlene Methode war in Vergessenheit gerathen. Berger hat durch sie vortreffliche Resultate gesehen. Jedoch muss sie vorsichtig und nicht überhastet angewendet werden, so dass nicht jeden Tag ein Dilatationsversuch stattfinden darf; ferner muss das Bougie gemäss der in Folge der Stricturirung veränderten Axe des Rectum eingeführt und zwar langsam eingeführt werden, um den durch die Ulcerationen bedingten Spasmus zu überwinden. Einhergehen muss eine Behandlung der bestehenden Rectitis mit antiseptischen Ausspülungen u. s. w. Besondere Vorsicht ist nothwendig, falls nach dem Coupiren Fieber, peritonitische Erscheinungen, Analschmerzen u. s. w. auftreten. Contraindication: desolater Zustand des Patienten und hoher Sitz der Strictur (10—15 Cm. oberhalb der Analöffnung). In diesen Fällen ist die Rectotomie, nicht die Exstirpation des Rectum angezeigt.

Quaser hat gute Resultate durch Anlegung eines anus praeternaturalis (Ileumschlinge) gesehen, in Folge dessen — die stricturirende Stelle war exstirpirt — der begleitenden Rectitis Gelegenheit zum Ausheilen gegeben. Aehnlich Schwartz. Im Schlusswort betont Reclus,



dass er nur habe darlegen wollen, dass durch vorheriges Einführen von Cocaintampons die Dilatation schmerzloser würde.

Theodor Spiegelhauer (Breslau).

A. Bruck. Zur Syphilis des äusseren Ohres. (Aus Dr. B. Baginsky's Polyklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten.) Berlin. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 8.

Bruck theilt einen Fall von sog. breiten Condylomen beider Gehörgänge mit, bei welchem an der linken Ohrmuschel ein framboësiformes Syphilid aufgetreten war. Gerade diese letztere Form ist, wie Ref. im Gegensatz zu dem Verfasser hervorheben möchte, nicht allzu selten am äusseren Ohre zu beobachten, wie jeder erfahrene Syphilidologe weiss. Karl Herxheimer (Frankfurt a. M.).

Brunon. Le chancre syphilitique des fosses nasales. Thèse de Lyon 1895.

Brunon hat 30 Fälle von Schanker der Nasenschleimhaut gefunden; er entgeht der Beobachtung oft, zumal die Saduration fehlen oder sehr gering sein kann. J.

Cénas, M. Chancres syphilitiques successifs, à origines es pacées. La Loire médicale 15 Apr. 1895. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895, p. 306.

Der Patient Cénas' zeigt 3 in verschiedenen Intervallen (am 12., 18. Januar und 1. Febr.) aufgetretene Sclerosen, die derselbe von derselben Person in 5mal in gleichen Zwischenräumen, zuletzt am 23. December, wiederholtem Beischlaf acquirirt hatte. Nebenbei zeigt er ein maculo-papulöses Exanthem und Scleradenitis.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Cutler. A case of syphilitic onychia. The New York derm. soc. 26. März 1895. The Journ. of cut. and gen. ur. dis. 1895, p. 383.

Die syphilitische Affection der Nägel wurde von Cutler drei Monate nach der Infection beobachtet. Afficirt waren die Nägel beider Hände und Füsse. Die Behandlung bestand in Kurzschneiden der Nägel und Application von Merurialpflaster. Discussion: Allen sah bei einem vor 3 Jahren inficirten Kranken erythematöse Ringe am Dorsum und der Vola der Hände erscheinen, die wie Erythema iris aussahen; gleichzeitig wurden alle Nägel an beiden Händen brüchig.

Cutler sagte, dass dieser Fall von Nagelerkrankung der erste, ihm bekannte ist, bei dem die Nagelaffection so bald nach der Infection auftrat.

Alexander hat in 5 oder 6 Fällen von Onychia syphilitica ohne Paronychia, die er gesehen und behandelt hat, nie irgend einen günstigen Einfluss von der Localtherapie beobachtet.

Elliot glaubt sogar, dass die locale Therapie die Affection verschlimmere. Er empfiehlt local Zinksalbe und intern Quecksilber.

Klotz hält auch locale Behandlung für wenig nützlich und empfiehlt nur Schutz der Finger gegen äussere Schädlichkeiten.

B. Ledermann (Berlin).



Davezac. Gommes du genou. Présentation de malade. Societé de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1895. p. 619.

Die Patientin Davezac's zeigte an dem rechten Knie einen fluctuirenden Tumor, während an dem linken Knie mehrere kleinere furunkulöse Tumoren zu constatiren waren. Trotz unsicherer Anamnese installirte D. eine antisyphilitische Behandlung mit gutem Erfolge, da der Tumor rechts bedeutend verkleinert, die linksseitigen fast völlig vernarbt sind. Bei der Seltenheit derartiger Localisation von Gummata hielt Verf. den Fall für wichtig genug, um ihn zu demonstriren. In der Discussion erwähnte Courtin und Armaignac ähnliche Fälle von Gummata auf dem Fussrücken und in der Kniegegend.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Deutu. Nouvelles considerations sur la leucokératose. La Médicine Moderne. Nr. 85. 1896.

Deutu hat bereits 1894 auf dem Chirurgencongress zu Lyon sich dahin ausgesprochen, dass die Leucokeratose der Mund- und Zungenschleimhaut, welche er als einen Verhornungsprocess der Mucosa auffasst, häufig den Grund für das Entstehen eines Epithelioms abgibt. Seine weiteren Beobachtungen bestimmten ihn, jetzt jede Leukoplakie als ein Carcinom im Ruhezustande anzusehen, welcher jeden Augenblick durch Wachsthumsvorgänge seinen Charakter auch klinisch äussern kann.

Seine hauptsächlichen Schlüsse aus den beobachteten Fällen sind folgende: 1. Das Carcinom bei Leucoplakie ist kein Accidenz im Verlauf der Krankheit, sondern das letzte Stadium derselben. 2. Dieses Endstadium kommt aber im Verhältniss nicht oft genug zur Beobachtung. 3. Die Carcinome haben nicht so sehr das ihnen sonst zukommende Bestreben, das submucöse Gewebe zu infiltriren und in die Lymphdrüsen zu metastasiren. 4. Die Entwickelung ist langsamer und der Verlauf der Krankheit weniger schwer als bei anderen Carcinomen. 5. Eine früher radicale Entfernung der einzelnen Stellen ist rationell und geboten, ohne Rücksicht auf das klinische Bild.

Pinner (Breslau).

Dionisio. Sopra alcune forme poco note di sifilide tertiaria del naso. Gazzetta Medica di Torino 11 guigno 1896. Nr. 24.

Dionisio macht auf eine bisher wenig oder gar nicht beschriebene Form der tertiären Lues der Nase aufmerksam. D. fand in einigen Fällen (3 von ihnen sind mit eingehender Krankengeschichte angeführt) als Ursache einer erst in den letzten Monaten eingetretenen Verstopfung eines bezw. beider Nasenlöcher, eine derbe Infiltration und Schwellung der Schleimhaut der unteren Muscheln, so dass letztere meist das Septum berührten. Die Affection, die er Rhinitis sclerosans tertiaria nennt und welche jeder andern Therapie trotzte, ging auf antiluetische Behandlung prompt zurück. Besonders hervorzuheben ist der Umstand, dass weder gleichzeitig noch vor dem Eintritt der Sclerosirung irgend welcher Katarrh mit Secret oder irgend welcher Geschwüren-Process zu con-



statiren war. D. stellt diese Art der Nasenerkrankung in Analogie mit der Hepatitis interstitialis syphilitica. Ferdinand Epstein (Breslau).

Evans. Chancre of the Tonsil and Tongue with Report of four Cases. Medical News 1896. Mai 9.

Evans bespricht kurz die Differentialdiagnose zwischen Carcinom und Initialaffect im Munde und fügt vier Krankengeschichten bei von Tonsillarschankern. — Nachdrücklich betont er, dass die Lues nicht immer durch sexuellen Verkehr übertragen wird. Da diese Ansicht noch nicht genügend bei den Aerzten durchgedrungen, wird nicht selten die Diagnose eines extragenitalen Primäraffectes verfehlt. Pinner (Breslau).

Federici. Sifilide terziaria; Gomma sifilitica nel cellulare periorbitale. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 152. 1896.

Im Anschluss an die Krankengeschichte eines Falles von taubeneigrossem, zum Theil schon erweichtem Gumma am Oberaugenhöhlenrande, bespricht Federici ausführlich die Differentialdiagnose dieser Affection mit andern in dieser Gegend vorkommenden Tumoren (Dermoidcysten, Chondromen, Atheromen, subperiostealen Hämorrhagien, Carcinomen, Sarcomen, Abscessen, tuberculösen Granulationsgeschwülsten etc.). Was die Therapie anlangt, so wurde durch 14 Gr. Jodkali (pro die 1 Gr.) nach Entleerung der eingeschmolzenen Tumormassen durch Incision ein vollständiger Erfolg erzielt. — Bei den Fällen von luetischen Spätformen, namentlich gummöser Art, gleichzeitig mit dem Jodkali, oder allein, Quecksilber anzuwenden, hält Federici nicht für empfehlenswerth.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Fournier. Ulcera sifilitica digitale. Journ. de méd. et de chir. ottobre 1895. Ref. in Il Morgagni 4. Aprile 1896.

Als Haupttypen des Primäraffectes am Finger stellt Fournier folgende Formen auf: 1. Das Ulcus hypertrophicum. 2. Das syphilitische Panaritium. 3. Das Ulcus fungosum. Alle diese Formen können diagnostisch grosse Schwierigkeiten bieten, zumal da auch Entwickelung und Verlauf häufig viele Variationen, aber wenig Charakteristisches aufweisen. Im Verlaufe schwellen die Cubital- oder die Axillardrüsen, manchmal beide gleichzeitig. Obgleich von 49 digital inficirten Patienten 14 tertiäre — zum Theil sehr schwere — Erscheinungen in der Folge zeigten, so glaubt doch F., dass für die hohe Procentzahl der ungünstig verlaufenen Fälle der Sitz der Eingangspforte nicht verantwortlich gemacht werden dürfe; denn einerseits sind manche digitale Infectionen von einem ausgesprochen gutartigen Verlaufe gefolgt gewesen, andererseits muss berücksichtigt werden, dass so manche Digitalschanker erst spät diagnosticirt und demgemäss erst spät specifisch behandelt werden. Schliesslich spielt hiebei noch eine grosse Rolle der Umstand, dass unter den 14 schwer verlaufenen Fällen 10 inficirte Aerzte sich finden, bei denen die Prognose für den Verlauf der Syphilis schon deshalb etwas ungünstiger zu stellen ist, weil bei ihnen die Depression nach der Infection in Folge der genaueren Kenntnis der eventuellen Folgen, die Ueberan-

strengung durch Berufspflichten und die Möglichkeit, dass die specifische Cur in Folge eines therapeutischen Skepticismus oder des Mangels einer einheitlichen Directive, nicht energisch genug durchgeführt werde, grösser, als bei andern Patienten ist. Ferdinand Epstein (Breslau).

Gangolphe, M. Ostéo-myélite gommeuse du tibia. Soc. des sciences méd. de Lyon. Séance de 29 avril 1896, ref. in La province médiiale. 2. Mai 1896.

Gangolphe stellt einen Patienten vor, der vor 8 Jahren eine Lues acquirirt hatte und nun seit einem Jahre an Schmerzen in der linken Tibia leidet. Diagnose: Gummöse Osteomyelitis. Da Quecksilber und Jodkali (6 Gr. pro die!) keinen Erfolg hatten, wurde die Tibia mit Hammer und Meissel eröffnet. Es fand sich kein Sequester, aber die Schmerzen hörten nach dem Eingriff auf. Gangolphe empfiehlt daher in den seltenen Fällen von gummöser Osteomyelitis, in denen Jodkali im Stiche lässt, chirurgisch vorzugehen.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Gagnière. Sur une ulcération de la fourchette due à la présence d'un crin de Florence, et ayant umulé un chancre infectant. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 471.

Gagnière berichtet einen recht interessanten diagnostischen Irrthum. Eine Prostituirte, die einige Monate vorher entbunden hatte, und der wegen leichter Scheideneinrisse einige Nähte gelegt worden waren, wurde mit der Diagnose: Ulcus induratum eingeliefert. Bei genauem Zusehen stellte es sich heraus, dass die Ursache dieser allerdings täuschend einem indurirten Ulcus ähnlich sehende Stelle ein vergessener Faden war, nach dessen Entfernung nach 2 Tagen Heilung eintrat.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Ghazarossian. Étude clinique sur la perforation syphilitique de la voûte palatine et son traitement. Thèse de Paris. Nr. 240, mai 1896, ref. in Gazette hebdomad. de méd. et de chir. 28. juni 1896.

Ghazarossian unterscheidet bei der syphilitischen Gaumenperforation (n. b. unter den erworbenen Gaumenperforationen sind die luetischen die häufigsten) 3 Perioden:

1. eine Periode, die sich unmittelbar an die Infiltration der Gewebe anschliesst, und in welcher die Perforation sich einleitet;

2. eine Periode, in der sich die Perforation ausbildet;

3. eine Periode der Begrenzung des Processes (die Periode der relativen Reparation).

Die letzte Periode wird günstig beeinflusst durch acute Infectionskrankheiten, welche mit Anginen einhergehen, wie z. B. Masern, Scharlach etc.; ähnlich wie manche Hautsyphilide durch intercurrente Erysipele schnell zur Heilung kommen.

Die Diphtherie übt stets einen schädlichen Einfluss auf diese Processe aus. Die medicamentöse Behandlung allein kann nur in der ersten Periode ausreichen. Für die zweite und dritte Periode kommt die chi-



rurgische Behandlung in Frage, die vortheilhaft mit der medicamentösen combinirt wird. Was erstere anlangt, so zieht G. die curative Uranoplastik nach **Baizean** mit der Modification von **Tillaux** der palliativen Prothesenbehandlung vor. Ferdinand Epstein (Breslau).

Gravagna. Un caso di sifiloma primario alla caruncala lacrimale. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche. 6. guigno 1896.

Gravagna beschreibt ausführlich einen Primäraffect der Caruncula lacrimalis einer 42jährigen Krankenwärterin einer Syphilisabtheilung. Obgleich man anfangs annahm, dass die Patientin den Primäraffect durch Berührung mit ihren im Dienst inficirten Fingern erworben hätte, ergab die Anamnese, dass die Infection durch Küsse auf die Augen von einer mit einem syphilitischen Lippenschanker behafteten Patientin, welche mit der Wärterin ein sicher nicht platonisches Verhältniss unterhielt, erfolgt war, so dass dieser Fall nicht in die Gruppe der Syphilis insontium eingereiht werden kann. Ferdinand Epstein (Breslau).

Hausemann, D. Ueber eine häufig bei Syphilis vorkommende Veränderung an der Epiglottis. Berlin. klin. Wochenschr. 1896. Nr. 11.

Hausemann beschreibt eine häufig (25mal in 42 Fällen) bei Sectionen Syphilitischer gefundene Veränderung an der Epiglottis, wobe diese durch narbige Processe des Ligam. glossoepiglottic. med. eine Anteflexion erleidet, welche letztere eventuell zu einer Umrollung des oberen Epiglottisrandes nach vorne führen kann. Im Weiteren kommt es zur Verwachsung der umgebogenen Partie. Wenn diese Veränderung auch nicht eindeutig syphilitisch ist, so kann sie doch in Gemeinschaft mit anderen Erscheinungen den Verdacht auf Lues stützen. Sie kommt häufig im Anschluss an die glatte Atrophie des Lungengrundes vor.

Karl Herxheimer (Frankfurt a. M.).

Highet, H. Campbell. A case of gumma of the ciliary region. The British Medical Journal Nr. 1871. Nov. 7. 1896.

Highet berichtet über die Erkrankung eines 30 Jahre alten Malaien, der sich $2\frac{1}{2}$ Jahre vorher mit Syphilis inficirt hatte. Kurz bevor er in Highet's Behandlung kam, hatte er eine Iritis durchgemacht. Es bestanden 2 Gummata. Unter Quecksilber- und Jodkalibehandlung nebst der nöthigen localen Therapie Verschwinden der Gummata und Besserung der Sehschärfe. Felix Pinkus (Breslau).

Knicht. Les conséquences de la syphilis nasale. (The sequelare of syphilis of the nose) Ref. in Revue hebdomadaire de laryngologie d'otologie et de rhinologie. Nr. 346. 22. Joul. 1896.

Knicht hält die Diagnose der Nasensyphilis oft für schwierig und unsicher. Er ist daher für conservative Behandlung und räth Sequester nur dann zu entfernen, wenn sie vollständig gelöst und fassbar sind.

Spiegelhauer (Breslau).

Legrand, Léon Victor Henri. Contribution à l'étude de la leucoplasie buccale. Nr. 53. (E. Carré et C. Naud). Gazette hebdo-



madaire de médecine et de chirurgie. 1896. Nr. 102. S. 1218/19. Thèse de Paris.

Leukoplakie kann bei alten Luetikern vorkommen und soll wie Tabes und Paralyse als parasyphilitische Affection aufgefasst werden. Specifische Behandlung ist wirkungslos oder sogar schädlich. Frühzeitige chirurgische Behandlung allein kann die eventuell drohende Gefahr der Entwicklung eines Carcinoms verhüten. Löwenheim (Breslau).

Lenz, J. Fünf Fälle extragenitaler Syphilis. Wiener klin. Rundschau. 1896. Nr. 5—7.

Lenz gibt die Zusammenstellung von 5 Fällen extragenitaler Syphilisinfection aus der czechischen dermatologischen Klinik Prof. Janovsky's in Prag. Der Sitz der Primärsclerosen war je einmal die Unterlippe, die Bauchhaut, die Brustdrüsenhaut rings um die Mamilla, die Daumenhaut, die Tonsille. Vier dieser extragenitalen Sclerosen betrafen Frauen, eine einen Mann. Die extragenitale S. bei den auf der Klinik im Jahre 1895 behandelten 35 syphilitischen Frauen betrug demnach 14·2%, eine selbst bei Frauen hohe Frequenz. Die Fingersclerose betraf eine Hebamme. Die Diagnosen waren leicht, der weitere Verlauf ein relativ gutartiger.

Ullmann.

Litewski, M. Ein Fall von Framboesia syphilitica. Inaug.-Diss. Greifswald 1894.

Der von Litewski beschriebene Fall ist nach Ansicht des Referenten ein zum Mindesten zweifelhafter Fall von Framboesia syph., da weder anamnestisch noch objectiv sonstige Zeichen von Lues nachgewiesen worden sind. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Lustgarten. Ein wahrscheinlicher Fall von Mischinfection: Syphilis und Lupus. The New-York Dermatolog. Society. 21. May 1895. The Journ. of cutan. and genito-urin. dis. 1895. p. 482.

Lustgarten's Patient, ein junger Mann, litt seit 5 Jahren an einer Ulceration des Rachens, die nach kurzem Bestande die Uvula und einen Theil des weichen Gaumens zerstört hatte. Vor zwei Jahren breitete sich der Ulcerationsprocess auf die Nase aus und zerstörte sowohl die Nasenspitze als auch das knorplige und einen Theil des knöchernen Nasengerüstes. Als der Kranke vor 9 Monaten in Verfassers Behandlung kam, wurde zunächst an Syphilis gedacht, obgleich die vorhandenen weichen Granulationsmassen auch den Verdacht auf Lupus wahrscheinlich machten. Unter einer kräftigen specifischen Behandlung wurde der Ulcerationsprocess beseitigt, während die weichen Granulationsmassen blieben. Diese wurden dann ausgekratzt und mit dem Paquelin und nachfolgender Application von 10 Proc. Pyrogallussäuresalbe behandelt. Dadurch wurde eine vollkommene Heilung erzielt, die bereits seit 5 bis 6 Monaten anhält. Lustgarten hält den Fall für eine Mischinfection von Syphilis und Lupus. Durch Anfertigung eines künstlichen Nasenseptums wurde schöner kosmetischer Effect erzielt. In der Discussion stimmt Allen der Diagnose des Redners zu, während Jackson, welcher den Fall früher gesehen hatte, ihn als Framboesia syphilitica auffasste, zumal die

histologische Untersuchung der Granulationen keine Zeichen von Tuberculose ergeben hat. Lustgarten legt auf die histologische Untersuchung nicht so grossen Werth, da in Lupusschnitten Tuberkelbacillen gewöhnlich nicht gefunden werden. Ledermann.

Marmonier. Syphilide tuberculo-ulcéreuse géante à marche serpigineuse. Journal des mal. cut. et syph. 1896. p. 261.

Nach einer Besprechung der verschiedenen Arten von tubero-serpiginösen und tubero-ulcerösen Syphiliden berichtet Marmonier über einen 69jährigen Patienten, dessen ganze linke Rückenhälfte von einen tubero-serpiginösen, ulcerösen Syphilid eingenommen war, während an der Brust Narben von alten Syphiliden sichtbar waren. Die Infection war vor circa 15 Jahren erfolgt, 2 Jahre später waren die Ausschläge auf der Brust aufgetreten, nachdem bald nach der Infection Haarausfall und nächtliche Kopfschmerzen eingetreten waren. Die jetzige Rückenaffection hat vor 10 Jahren begonnen; Patient hat sich nie antisyphilitisch behandeln lassen. Unter Jodkali- und Hydrargyrumbehandlung trat schnelle Heilung ein. Verfasser bespricht zum Schluss die Differentialdiagnose dieser Affection mit Lupus. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Mora. Gomme syphilitique de la langue. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895. p. 308.

Der Patient Mora's wurde von einem 27 Jahre nach der Infection entstandenen Lungengumma, das von chirurgischer Seite wegen seiner Induration, der Drüsenschwellung und Abmagerung zuerst für ein Carcinom gehalten worden sei, nach sechsmonatlicher streng durchgeführter Jod- und Quecksilberbehandlung geheilt. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Morrow, A. Prince. Mittheilungen über Syphilis; Syphiloma der Nase von ungewöhnlicher Form und Entwicklung. — Der diagnostische Werth syphilitischer Narben. — Extragenitale Schanker und ihre Prognose. — Gewerbliche, Syphilis. Journal of cutan. and genito-urin. diseases. April 1896.

I. Syphiloma der Nase: Morrow gibt zunächst die Krankengeschichte einer 21jährigen, seit 5 Jahren verheirateten Patientin, deren erstes, 3 Jahre und 10 Monate altes Kind gesund, deren zweites im Alter von 1 Monat starb und die bei der dritten Schwangerschaft abortirte. Nach dem Abort litt sie an Geschwüren des Mundes und des Rachens und einer universellen Eruption von rothen Flecken; die Kopfhaut war mit Geschwüren reichlich bedeckt, so dass sie sich das Haar abschneiden musste; eine ausgesprochene Alopecie der Kopfhaut hatte sie nicht, doch waren die Augenbrauen und die Wimpern vollständig verloren gegangen. Die Eruption verschwand nach über 3 Monaten. October 1893 erschien eine Eruption grosser Tumoren an verschiedenen Theilen des Körpers, welche vielfach mit Narben heilten. Diese Tumoren sind seitdem häufiger aufgetreten. Augenblicklich sieht man auf den Armen eine Anzahl nussgrosser rundlicher Geschwülste, welche über die Hautfläche emporragen und den Verdacht auf Granuloma fungoïdes erwecken. Sie sind weich, schmerzlos


30*



nicht fluctuirend. Am interessantesten ist die grosse tumorähnliche Infiltration der Oberlippe, die bis zur linken Nasenöffnung hinaufgeht und sich auf das knöcherne und knorplige Gerüst des linken Nasenflügels fortsetzt Diese Infiltration, welche sich nicht auf die Wange ausbreitet, ist scharf von der umgebenden Haut abgesetzt. Sie fühlt sich mit Ausnahme des unteren Theiles ausserordentlich hart an. Unter dem Einfluss einer gemischten Behandlung findet eine rasche Involution auf den Armen und an den linken Augenbrauen statt, während die Affection der Nase und der Lippe nur wenig verändert wird, obgleich die constitutionelle Behandlung verstärkt wird durch die locale Application von Quecksilberpflaster und -Salbe. Da die Affection in ihrer Form und Consistenz sehr eigenthümlich war und sich gegen specifische Behandlung refractär verhielt, so dachte man an eine Combination von Syphilis und Tuberculose. Später jedoch heilte die tumorartige Masse an der Nase während einer specifischen Cur unter Narbenbildung. Im Januar 1896 fand Verf. noch eine geringe Infiltration der Oberlippe, welche, wie Patientin angibt, bei jeder Menstruation etwas anschwillt.

II. Der diagnostische Werth der syphilitischen Narben; Verf. macht darauf aufmerksam, dass syphilitische Narben zwar ausserordentlich ähnlich sein können denjenigen Narben, welche nach einer Verbrennung, einem Trauma oder andern ulcerösen Processen auftreten, dass sie jedoch, wenn multipel, gewisse specifische Eigenthümlichkeiten in ihrer circulären oder serpiginösen Begrenzung, in ihrer Anordnung, ihrer Pigmentation und Localisation darbieten, so dass sie ebenso charakteristisch für Syphilis sein können, als wenn wir Veränderungen im activen Stadium beobachten. Lupus oder Hauttuberculose können ganz ähnliche Narben erzeugen, aber sie sind durch ihre Beschränkung auf gewisse Regionen und durch ihre sonstigen Charaktere zu unterscheiden; die Narben der Tuberculose sind unregelmässig, uneben, haben eine mehr livide Pigmentation. Die Narben varicöser Unterschenkelgeschwüre können zwar gleichfalls durch ihre Localität Syphilis vortäuschen, sind jedoch hauptsächlich auf das untere Drittel des Unterschenkels beschränkt, während die nach Syphilis meist die Mitte und den oberen Theil desselben einnehmen; ihre Pigmentation ist auch mehr diffus und bleibend, oft sogar über die Narbe hinweggehend, während die Pigmentation nach Syphilis meist auf die Narben beschränkt bleibt und sich allmälig auch wieder aufhellt. Die Narben nach Zoster können multipel und nach ihrer äusseren Form von denen des tuberösen Syphilids schwer zu unterscheiden sein, aber die Asymmetrie und ihre Localisation im Verlaufe gewisser Nerven bieten gewisse Differenzirungspunkte. Verf. gibt auf einem der Arbeit beigegebenen Bilde Beispiele typischer Narben, welche nicht bloss durch Aussehen, sondern auch durch Localisation und Vertheilung charakteristisch sind. Endlich weist er noch besonders auf die diagnostische Wichtigkeit solcher Narben bei der Diagnostik innerer Krankheiten hin.

III. Extragenitale Schanker: Verf. hat in den letzten 3 Jahren 20 Fälle von extragenitalen Schankern behandelt. In seiner Privatpraxis

kamen zu gleicher Zeit 10 Aerzte wegen Schanker der Hände oder Finger, die sie sich in der Ausübung ihres Berufes zugezogen hatten, in Behandlung. Er gibt zunächst eine Uebersicht über die Localisation. Besonders auffällig ist ein Schanker des harten Gaumens wegen der Seltenheit des befallenen Ortes. In diesem Falle befand sich das Geschwür links von der Mittellinie und machte den Eindruck eines ulcerirten Gummas; die Submaxillardrüsen der linken Seite waren ausserordentlich geschwollen und der Ausbruch eines maculo-papulösen Exanthems 6 Wochen nach dem Erscheinen des Geschwürs sicherte die Diagnose. Zu erwähnen ist ferner ein Schanker des Zahnfleisches, welcher rechts von der Mittellinie sich befand und den Raum zwischen dem lateralen Incisor, dem Caninus und dem Bicuspidatus einnahm. Er präsentirte sich als eine halbmondförmige Erosion des Zahnfleisches, das leicht geschwollen und geröthet war; das Epithel war vom Centrum aus erodirt. Der Schanker heilte nicht, bis Secundärerscheinungen sich zeigten und eine entsprechende Cur eingeleitet wurde. Ueber den Modus der Infection liess sich nichts eruiren. — Ein Schanker der Zunge, welcher bei einer 26jährigen Frau beobachtet wurde neben einem allgemeinen papulösen Exanthem, wurde auf die Gewohnheit der Patientin, Geldpapier mit der Zunge zu befeuchten, zurückgeführt. Einer der drei beobachteten Schanker war durch seine ausserordentliche Grösse bemerkenswerth. Der Fall ist dadurch noch besonders auffallend, dass das ausgedehnte Geschwür für Cancroid gehalten wurde und erst kurz vor der Operation nach Hinzuziehung eines Dermatologen richtig diagnosticirt wurde. Einer der beobachteten Schanker der Oberlippe zeichnete sich durch seine elephantiastische Ausdehnung aus. Die ganze Oberlippe war enorm geschwollen, ectropionirt und zeigte eine leicht blutende Oberfläche. Die entzündliche Induration war so ausgesprochen, dass die Lippe fast vollständig immobilisirt wurde. Aetiologisch für die Lippenschanker wurde entweder Kuss oder Contact mit Pfeifen etc. angeführt. In einem Falle von Schanker der Unterlippe bei einem Kinde war die Affection durch eine syphilitische Amme übertragen worden. Ein Schanker am Anus war die Folge eines präternaturalen Coitus, den Patient zugab. Ein Schanker an der linken Wange wurde auf einen Schlag zurückgeführt. Die Schanker an den Fingern und ein Schanker am Handrücken wurden ebenfalls auf Verletzungen zurückgeführt. Von den 10 Fällen, welche ihre Infection auf ihren Beruf zurückführten, gaben 7 ätiologisch Digitaluntersuchungen oder Manipulationen in der geburtshilflichen oder gynäkologischen Thätigkeit an, 3 eine Ansteckung im Verlaufe einer chirurgischen Operation, zwei Aerzte waren gleichzeitig inficirt bei der Vornahme einer Dammoperation, der Operateur durch einen Nietnagel am kleinen Nagel, der Assistent durch das Messer, welches er bei der Operation gebrauchte. Was die Prognose extragenitaler Schanker anbetrifft, so glaubt Verf. nicht, dass das syphilitische Virus durch die Eintrittsstelle besonders modificirt werde, sondern dass die Schwere der Infection auf andere Ursachen zurückzuführen ist. Zum Schluss gibt Verf. noch einen Ueberblick über die Gefahren der Infection mit Syphilis im



gewerblichen Leben und führt dabei die von Fournier an anderer Stelle angegebenen Anschauungen an. Ledermann (Berlin).

Page. Syphilitic cranial necrosis treated by trephining. Clinical Society of London. Ref. The Brit. Med. Journ. 30. März 1895.

Page behandelte einen 41jährigen Mann, der an Syphilis früher erkrankt gewesen war, lange an Kopfschmerzen gelitten hatte und zuletzt von Krämpfen, die sich allmälig häuften, und Bewusstlosigkeit ergriffen wurde. Neuritis optica nicht vorhanden. Die Schädelhaut war weich, und die Symptome schienen eher auf weit ausgedehnten Druck auf das Gehirn als einen begrenzten Hirntumor hinzudeuten. Page trepanirte über der Fissura Rolands und fand gummöse Massen zwischen Knochen und Dura mater, von denen er möglichst viel entfernte. Da die Dura mater selbst gesund erschien, öffnete er sie nicht. Seitdem blieb Patient von Krämpfen frei, und die Schmerzen kehrten nicht zurück. 1890 hatte Verf. einen ähnlichen Fall, bei dem spontane Erleichterung des Druckes durch Erosion des Knochens eintrat, doch der Patient starb nach einiger Zeit an Pyaemie. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Parenteau. Kystes et gommes des paupières. Soc. franc. d'ophthalmologie. Session du mai 1896. Ref. in La Semaine méd. 1896. Nr. 24.

Parenteau hebt in der Soc. franc. d'ophthalmologie die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Gummen und Cysten der Augenlider hervor, warnt vor frühzeitiger Abtragung der Tumoren wegen der entstellenden Narben und berichtet von 2 Fällen, in denen solche Gummata auf „gemischte Behandlung" (Hg und KJ.) heilten. Dem gegenüber betont Kalt in der Discussion, dass er Augenlidergummata gesehen habe, die auf specifische Behandlung wenig oder gar nicht reagirt hätten.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Poitout. Contribution à l'étude du chancre syphilitique des paupières. Thèse de la faculté de Paris, Nr. 480, ref. in Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Nr. 76, 1896.

Mit der Sicherheit der Diagnose wachsen nach Poitout auch die Angaben über Schanker an den Augenlidern. Auch der Schanker des Augenlides ist indurirt, jedoch handelt es sich, entsprechend dem Bau des Augenlides, mehr um eine parenchymatöse Verdickung. Die Ulceration — eine einfache Erosion — hat mehr die Tendenz, sich über das Niveau der Umgebung zu erheben als in die Tiefe zu gehen. Interessant ist, dass bei Sitz des Schankers am inneren Augenwinkel mehr die submaxillaren, bei den am äusseren mehr die präauricularen Drüsen anzuschwellen pflegen. Entgegen der allgemeinen Ansicht („maligne Syphilis") gibt der Augenlidschanker keine schlechtere Prognose als der Schanker insgemein. Die Localbehandlung ist einfach antiseptisch mit Vermeidung aller Kaustika („Narbenbildung"). Spiegelhauer (Breslau).

Pousson. Ulcération syphilitique de la jambe chez un enfant. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 29.



Pousson demonstrirt eine dreizehnjährige Patientin mit einer circa 15 Cm. grossen Ulceration der linken Wade. Dieselbe war mit Borken bedeckt, hatte wallartige Ränder, war schmerzlos und ähnelte am meisten einem Epitheliom. Das Vorhandensein 2—3 kleinerer Ulcera in der Umgebung und einiger starker pigmentirter polymorpher Narben auf der rechten Wade veranlasste Vortragendem trotz fehlender Anamnese Lues zu diagnosticiren, eine Diagnose, welche durch den Erfolg der Therapie bestätigt wurde. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Rôhmer. Chancre de la paupière. Société de médicine de Nancy. Séance du 10 Juin 1896, ref. in Gazette hebdomadaire de med. et de chir. Nr. 63, 1896.

Rôhmer stellt einen Kranken vor mit einem harten Schanker des Augenlides, die Krankheit hatte mit einer Ulceration des unteren Thränenpunktes begonnen, die sich nach dem inneren Augenwinkel fortsetzte. Auf intravenöse Injectionen von Cyan Hg $^1/_{100}$ Heilung. Die Präauriculardrüsen waren nicht geschwollen, jedoch später mit Ausbruch der Roseola die Submaxillardrüsen. Charakteristisches Aussehen der Ulceration, jedoch keine Induration. Spiegelhauer (Breslau).

Rosenthal, O. Erytheme bei Syphilis. Festschrift für Lewin. 5. Nov. 1895. S. Karger-Berlin.

Unter dem Titel: „Erytheme bei Syphilis", bespricht Rosenthal zunächst einige Dermatosen, die — nicht syphilitischen Ursprungs — gelegentlich bei luetisch Inficirten beobachtet und mit luetischen Exanthemen verwechselt werden können. Von diesen Erkrankungen komme zuerst die Pityriasis rosea Gibert (bezw. der Herpes maculosus et squamosus) in Betracht; als differentialdiagnostisch gegen Lues maculopapulosa betont R. das peripherische Wachsen, die Kreisformen und die Schuppung der Efflorescenzen, welche auch in ihrer Localisation charakteristische Eigenthümlichkeiten zeigen. — Ferner hebt R. hervor, dass das Eczema seborrhoicum (Unna) häufig Mischformen mit luetischen Efflorescenzen, auf deren Vertheilung und Gattung es einen bestimmenden Einfluss ausüben könne, darstelle; besonders häufig sieht man solche Mischformen: in der Nasolabialfurche, an der Oberlippe und am Kinn. — In einem noch engeren Zusammenhange mit der Lues stehe das Erythema exsudativum multiforme und das Erythema nodosum, von denen das erstere häufig als Vorläufer der Allgemeineruptionen erscheine; diese im Verlaufe der Lues zur Beobachtung kommenden Erytheme will R. als symptomatische aufgefasst wissen, die mit der Hg-behandlung in keinem ätiologischen Zusammenhange stehen. — Schliesslich weist R. auf eine Spätform der recidivirenden Roseola hin, die als Roseola annularis orbicularis oder circinata beschrieben ist, welche monatelang bestehen könne; gegen dieselbe empfiehlt R. eine energische antiluetische Cur. Die Franzosen bezeichnen diese Form als: Roséole de retour, Roséole tertiaire, Erythème circine tertiaire oder Syphilide erythémateuse circinée, während Unna diese Erscheinungen als Neurosyphilide zusammenfasst, gegen welch letztere Auffassung und Bezeichnung Rosenthal polemisirt.

Ferdinand Epstein (Breslau).



Rueda. Syphilome primitif intranasal de forme anormale. Revue de laryngol. 1895. 15. Févr. Nr. 74.

Rueda's Patientin, eine 24jährige Frau, hatte einen papulösen ulcerirten harten Schanker in der Nase mit einseitiger Scleradenitis.

J.

Rutten. Présentation d'une malade guerie d'un syphilome énorme de la parvi latérale droite de la gorge et du con. Annal. des malad. de c'oreille. Sept. 1896. Nr. 9.

Die sehr grosse Geschwulst im Halse der Patientin Rutten's war mikroskopisch wiederholt als maligner Tumor diagnosticirt worden; die Operation war von der Patientin verweigert worden. Ein Ulcus im Rachen erschien R. als syphilitisch; durch die specifische Therapie trat Heilung ein. Der Verfasser warnt vor dem zu grossen Vertrauen zu histologisch gestellten Diagnosen. J.

Swinburn, George. Ein Fall von Urethralschanker. New-York akademie of medicin. 12. Nov. 1895. Journ. of cutan. and genit.-urin. dis. Januar 1896.

Swinburn berichtet über einen Patienten, der ihn im Juli 1895 wegen eines seit 4 Tagen bestehenden Urethralausflusses consultirte. Der letzte Coitus hatte 11 Tage vorher stattgefunden. Zahlreiche Mikrococcen, aber keine Gonococcen wurden gefunden. Einige Tage später wurde ein Schanker in der Fossa navicularis entdeckt. In dem Ausfluss fand sich ausser zahlreichen Mikroben der Ducrey-Krefting'sche Bacillus Inoculationen auf das Abdomen des Patienten erzeugten nach 48 Stunden eine runde Pustel, von welcher in Intervallen von 48 Stunden Culturen angelegt wurden. Erst die dritte Cultur zeigte Bakterien, welche jedoch nicht die charakteristischen Eigenschaften des Krefting'schen Bacillus darboten. Der Schanker heilte unter Anwendung von Silbernitrat und Salpetersäure. Ledermann (Berlin).

Thorndike. A Case of Stricture of the Deep Urethra in a Syphilitic. The Boston Medical and Surgical Journal. 6. Febr. 1896.

Thorndike operirte einen Patienten, welcher angab, früher Lues und wiederholt Gonorrhoen überstanden zu haben, wegen completer Harnverhaltung, verursacht durch eine sehr derbe Strictur in der Pars membranacea. Die Strictur war vom Perinäum aus gespalten und drainagirt worden. In ganz kurzer Zeit indurirte die Operationswunde und zeigte keine Heilungstendenz. Erst nach Jodkaliverabreichung ging die Härte zurück und ebenso die Induration an der stricturirten Urethra, welche leicht für einen Catheter passabel wurde. — Thorndike hält das Vorkommen von Stricturen auf luetischer Basis in den tieferen Abschnitten der Urethra für sehr selten — sie localisiren sich meist an der Fossa navicularis — und hat deshalb den Fall mitgetheilt. Pinner.



Buchanzeigen und Besprechungen.

Dr. B. Honsell, Assistenzarzt am pathol. Institute in Tübingen und **Dr. E. Ziemke**, vorm. Assistenzarzt am pathol. Institute in Tübingen. **Namen- und Sachregister** zu **Baumgarten's** Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen.

Angezeigt von Dr. J. Fabry in Dortmund.

Honsell und Ziemke haben sich der Mühe unterzogen, in einem stattlichen Bande die gesammte Literatur der zehn ersten Jahrgänge von Baumgarten's Jahresberichten zusammenzustellen. Von jedem, der wissenschaftlich arbeitet, wird das gewiss freudig begrüsst werden und besonders von jedem, der nicht Gelegenheit hatte, auf die Berichte seit der Zeit ihres ersten Erscheinens zu abonniren. Wir finden ja bereits in jedem Bande respective Jahrgang von Baumgarten's Berichten ein vollständiges Namen- und Sachregister.

Prof. Pospeloff. Kurzes Lehrbuch der Hautkrankheiten. Russ. Dritte verbesserte und erweiterte Auflage. 212 S. in 8⁰ (mit 14 Abbildungen). Moskau 1897.

Angezeigt von Dr. L. A. Gowsejeff in Moskau.

Das vorliegende in russischer Sprache abgefasste Lehrbuch, das Werk eines erfahrenen Klinikers, kann nicht allein für Studenten als ein ausgezeichnetes Vademecum beim Studium der Hautkrankheiten dienen, es bietet auch ein bedeutendes Interesse für praktische Aerzte. Alle Hautkrankheiten, selbst solche, die in ausführliche Handbücher nicht Eingang gefunden haben, werden darin sorgfältig gesammelt und tadellos beschrieben. Ausserdem zeichnet sich die Darlegung durch eine strenge Proportionalität der einzelnen Theile aus, was bei der Verfassung eines kurzen Lehrbuches von grosser Schwierigkeit ist.

Der Verf. gibt bei der Beschreibung jeder klinischen Form eine kurze Darstellung der pathologischen Anatomie, der Aetio-

logie (nach den modernen Anschauungen) und des Krankheitsverlaufes. Die Feststellung des inneren Zusammenhanges zwischen der Dermatologie und der allgemeinen Medicin bildet, nach unserer Meinung, den Hauptwerth dieses Buches.

Die Aerzte dürfte dieses Lehrbuch insofern besonders interessiren, als es werthvolle Anweisungen für die Therapie enthält, die auf einer langjährigen und erfolgreichen praktischen Thätigkeit des Verfassers beruhen.

Lanz, Dr. Alfred. Klinische und experimentelle Beiträge zur Pathogenese der mercuriellen Stomatitis und Salivation. Berlin. Verlag von Oscar Coblentz. 1897.

Besprochen von Prof. Caspary in Königsberg.

Wenngleich das Quecksilber heute von allen Seiten als das souveraine Mittel gegen Syphilis anerkannt ist, so scheint es doch fast, als sei der Streit über die zweckmässigste Art seiner Verwendung und der Vermeidung von Schädlichkeiten dabei heftiger als je. Wie diese Frage 1890 in Berlin und 1895 in Graz auf dem Programme von Congressen stand, so soll nun auch auf dem internationalen medicinischen Congresse zu Moskau die der Venereologie gewidmete Zeit von ihr beherrscht werden. Zu sehr gelegener Zeit erscheint das Buch unseres Moskauer Collegen Lanz, das die häufigste Gefährdung des Organismus durch die mercurielle Behandlung einem eingehenden Studium unterworfen hat. Gleich der historisch-literarische Theil, mit dem der Autor beginnt, wird viele Leser überraschen. Von frühester Zeit her, seit der ersten Erkenntniss der Luessymptome und der Heilkraft des Quecksilbers bekannt und gefürchtet und studirt, findet die mercurielle Stomatitis und Salivation noch heute die verschiedensten Erklärungen. Während Bockhart und Nothnagel — und wohl Viele mit ihnen — in der Ausscheidung von freilich minimalen Mengen Quecksilbers im Speichel die eigentliche Ursache sehen, weisen Andere diese Erklärung zurück, da selbst bei erheblicher Stomatitis, Quecksilber niemals (Wolff) oder doch nicht immer (Hallopeau) im Speichel nachweisbar sei. — Während das Vorkommen einer Stomatitis ohne Salivation wohl allgemein zugegeben wird, gibt es nach Kussmaul und Fournier keine mercurielle Salivation ohne gleichzeitige Stomatitis; nach Kaposi und Mau-



riac immerhin, wenn auch selten, Fälle von Salivation ohne Entzündung der Mundschleimhaut. Ueber den Einfluss von Zahncaries, von Zahnsteinsauflagerung, über die Anfangsstelle der Erkrankung, über die Art der Ausbreitung, kurz fast über jedes einzelne Symptom gehen die Ansichten der vielen Autoren, die dieses Capitel behandelt haben, weit auseinander. Lanz hat nach vielen klinischen und experimentellen Erfahrungen das Bild zu klären gesucht. Von den vielen Thesen, die er nach Beobachtungen am Menschen und den damit übereinstimmenden Resultaten an operirten Hunden und Katzen aufgestellt hat, führen wir nur einige an: Die Mercurialgeschwüre der Mundhöhle sind das Resultat einer Nekrose der Schleimhaut, welche zu Stande kommt 1. durch die in Folge der Quecksilberwirkung sich entwickelnde Nutritionsstörung der Gewebe und 2. durch den auf gewisse Schleimhautbezirke ausgeübten Druck seitens der Zähne. Der Speichel und das in demselben enthaltene Quecksilber sind von keiner wesentlichen Bedeutung für das Entstehen der Mercurialstomatitis. Unter den localen Momenten nimmt das Ausschalten der Zähne beim Kauakt die hervorragendste Stelle ein, indem die Stomatitis sich stets auf der beim Kauakt unthätigen Mundhälfte entwickelt; die Wirkung dieses Moments ist gleichzeitig auch eine indirecte, denn es führt zu Zahnsteinablagerung und zu Gingivitis marginalis. Das Vorhandensein cariöser Zähne übt meist nur einen indirekten Einfluss auf die Entstehung der Stomatitis aus, indem sie den Kranken zum einseitigen Kauen veranlassen.

Diese und manche andere der Thesen, die man im Originale lesen wird, werden nicht sofort volle allseitige Zustimmung finden und auch Ref. ist in mehreren Punkten abweichender Ansicht. Aber die Begründung durch den Verfasser ist so sorgsam, sein Beobachtungsmaterial so reichlich und so gut benutzt, dass es sicher zu weiterem Studium der wichtigen Frage anregen wird. Wir dürfen annehmen, dass auf dem Moskauer Congresse sich eine lebhafte und ergebnissreiche Discussion über die Hauptkapitel der vortrefflichen Arbeit entwickeln wird.



Henri Feulard †.

Die entsetzliche Katastrophe, welche über den Bazar de la Charité hereingebrochen ist, hat auch unter unseren engeren Fachcollegen ein schweres Opfer gefordert. Die Nachricht von dem Tode Henri Feulards, der sich seit dem Internationalen Dermatologen-Congresse in Paris im Jahre 1889, dessen Generalsecretär er gewesen ist, durch sein Organisationstalent ebenso wie durch seine bezaubernde Liebenswürdigkeit den Dank und die allgemeine Zuneigung der Collegen erworben hat und sie seither durch seine Betheiligung an dem Wiener und Londoner Congresse zu befestigen wusste, hat uns tief erschüttert.

Henri Feulard entstammte einer Aerztefamilie, er promovirte 1886. Seine Doctordissertation „Teignes e Teigneux" zeichnete sich durch gründliche Behandlung dieses für Frankreich, besonders in statistischer Beziehung, wichtigen Themas aus. Sie bewies, wie die ihr vorangegangenen Arbeiten über die Pest im 16. und 17. Jahrhundert (1884) und eine Geschichte des Hôpital St. Louis (1885), seine Vorliebe für die historische Behandlung der Gegenstände. Grosse Belesenheit und reiches litterarisches Wissen verbunden mit warmem Verständniss für die Künste haben ihn nach dieser Richtung besonders gefördert. Von seiner seitherigen regen Thätigkeit auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilidologie geben die Berichte der Reunion clinique de l'hopital saint Louis und der Société française de dermatologie beredtes Zeugniss.

Interne des hôpitaux seit 1881, chef de clinique à l'hôpital Saint Louis 1888 widmete er sein organisatorisches Talent den Interessen dieses Spitals. Dasselbe verdankt Henri Feulard die Ordnung und Catalogisirung seines berühmten Museums und seiner Bibliothek, welche beide erst durch diese ausgezeichnete und sachkundige Thätigkeit als wahre Schätze dermatologischen Studiums gehoben und geborgen wurden. Seit 1890 leitete er als Secretär in vorzüglicher Weise die Redaction der Annales de Dermatologie.

Henri Feulard schien berufen, dereinst eine erste Stelle unter den Dermatologen Frankreichs einzunehmen. Inmitten einer vielseitigen Thätigkeit, im vierzigsten Lebensjahre, geliebt von seiner Familie, geschätzt von seinen Collegen hat ihn ein tragisches Geschick hinweggerafft und noch in diesem letzten Augenblicke seines Daseins hat er eine bewunderungswürdige Probe seines starken und edlen Charakters bestanden. Nachdem er seine Gattin gerettet, erlag er bei dem Versuche sein Töchterchen dem Tode zu entreissen. Er gehörte, wie die Zeitungen berichten, zu den wenigen heldenhaften Männern, welche ihr eigenes Leben einsetzten für die Rettung Anderer.

Tief ergriffen sprechen wir Frau Feulard unsere innigste Theilnahme aus und unser wärmstes Beileid den französischen Collegen. F. J. Pick.



[illegible] pinx.
1896

Neumann: Ein Fall von multiplen Dermatomyomen.

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag

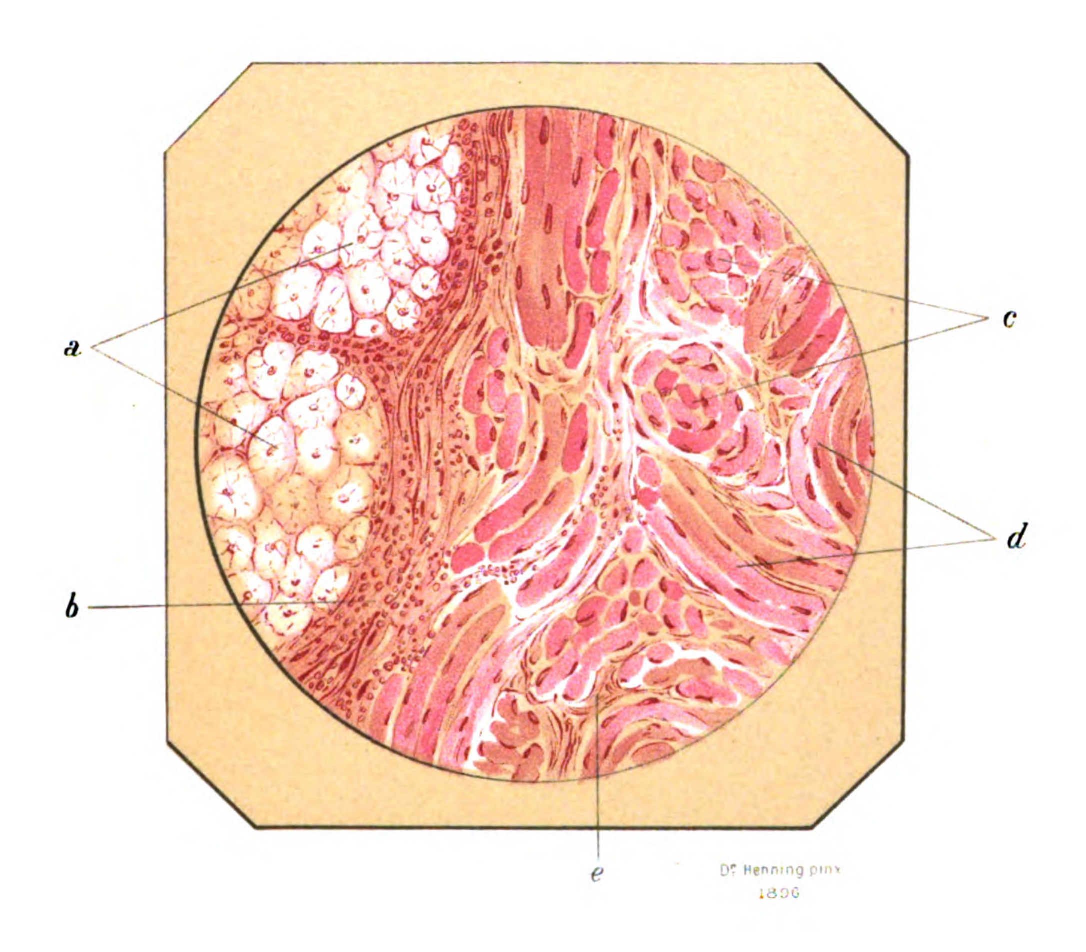
Dr. Henning pinx.
1896

Neumann: Ein Fall von multiplen Dermatomyomen.

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.


Digitized by Google

Neumann: Ein Fall von multiplen Dermatomyomen.



Neumann: Ein Fall von multiplen Dermatomyomen.

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.



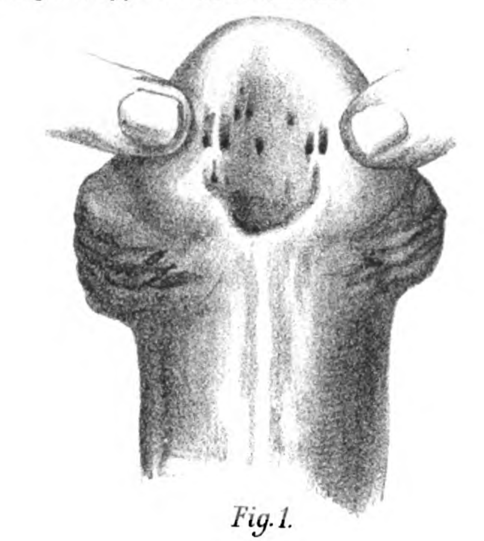


Fig. 1.

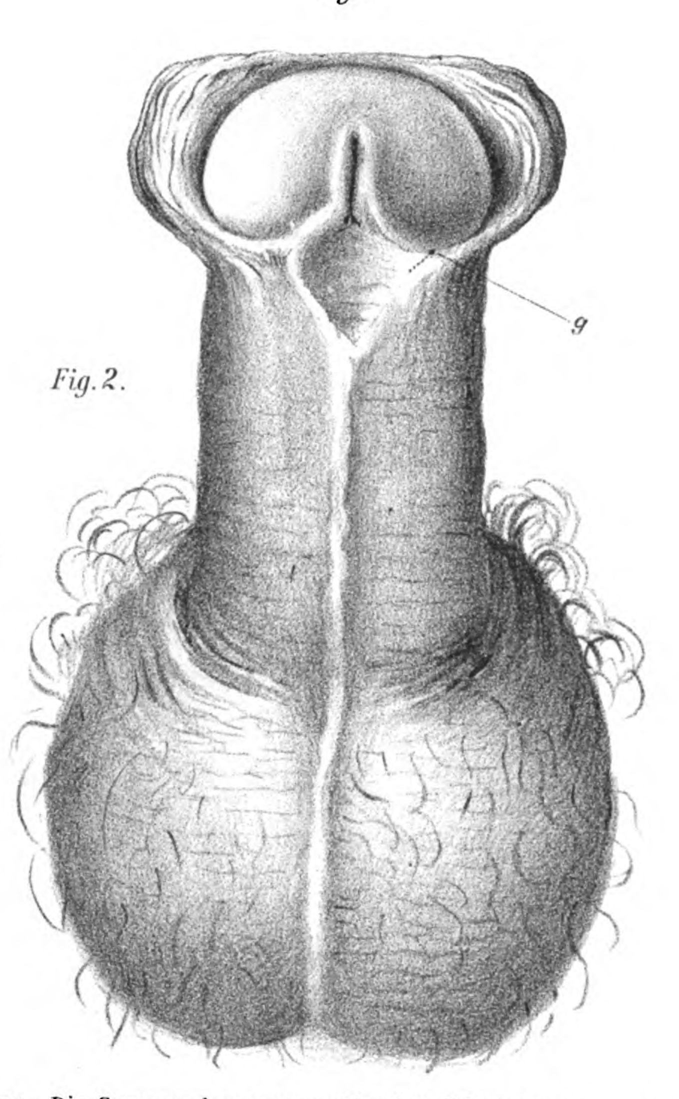


Fig. 2.

Peter Róna: Die Genese der paraurethralen Gänge etc.

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.



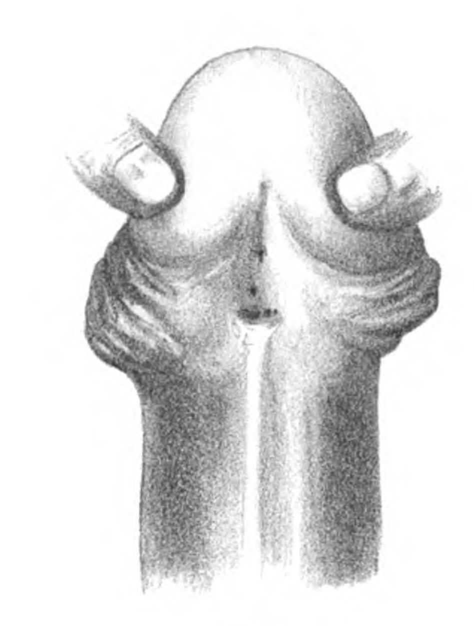


Fig. 3.

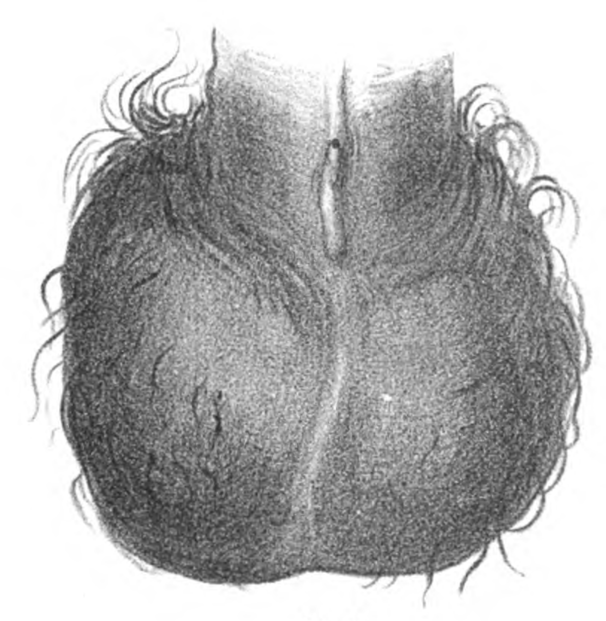


Fig. 4.

Peter Róna: Die Genese der paraurethralen Gänge etc. K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.

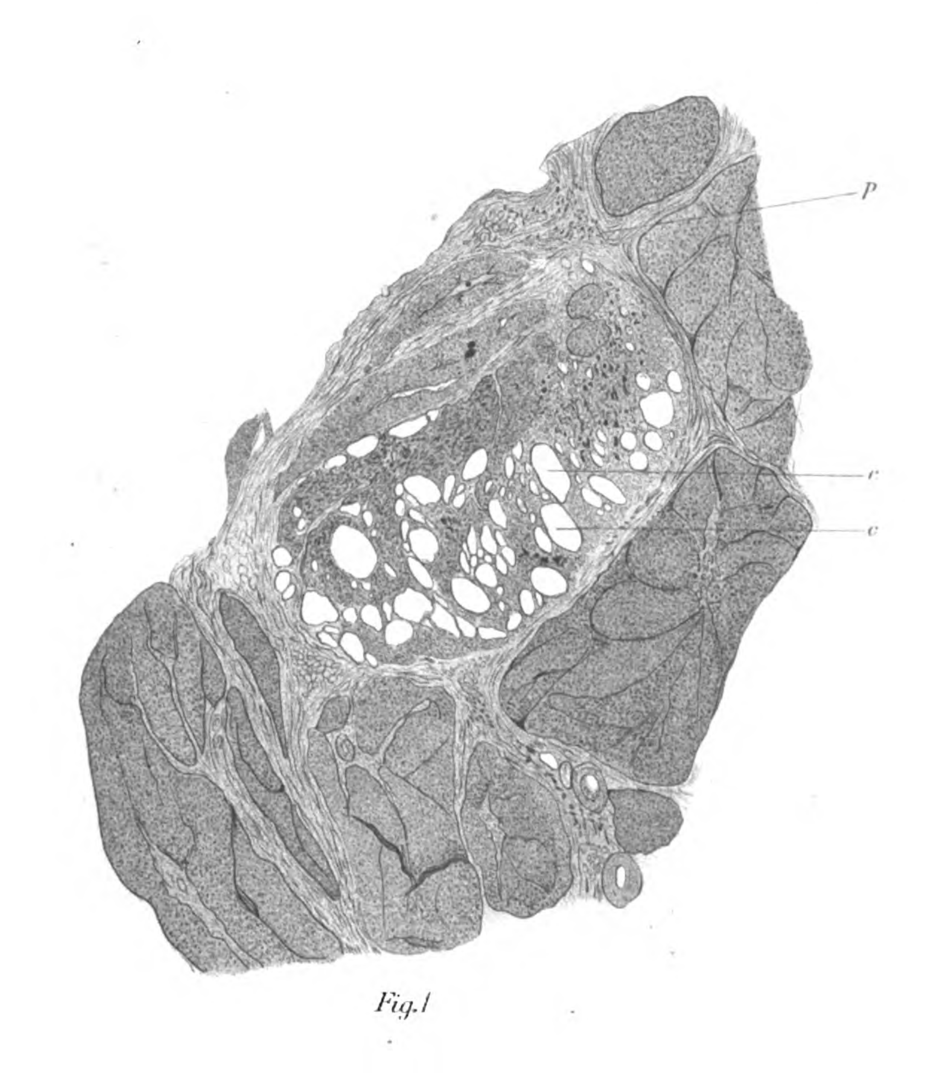


Fig. 1

Wolters: Locale Veränderungen nach intramuskul. Injection etc.



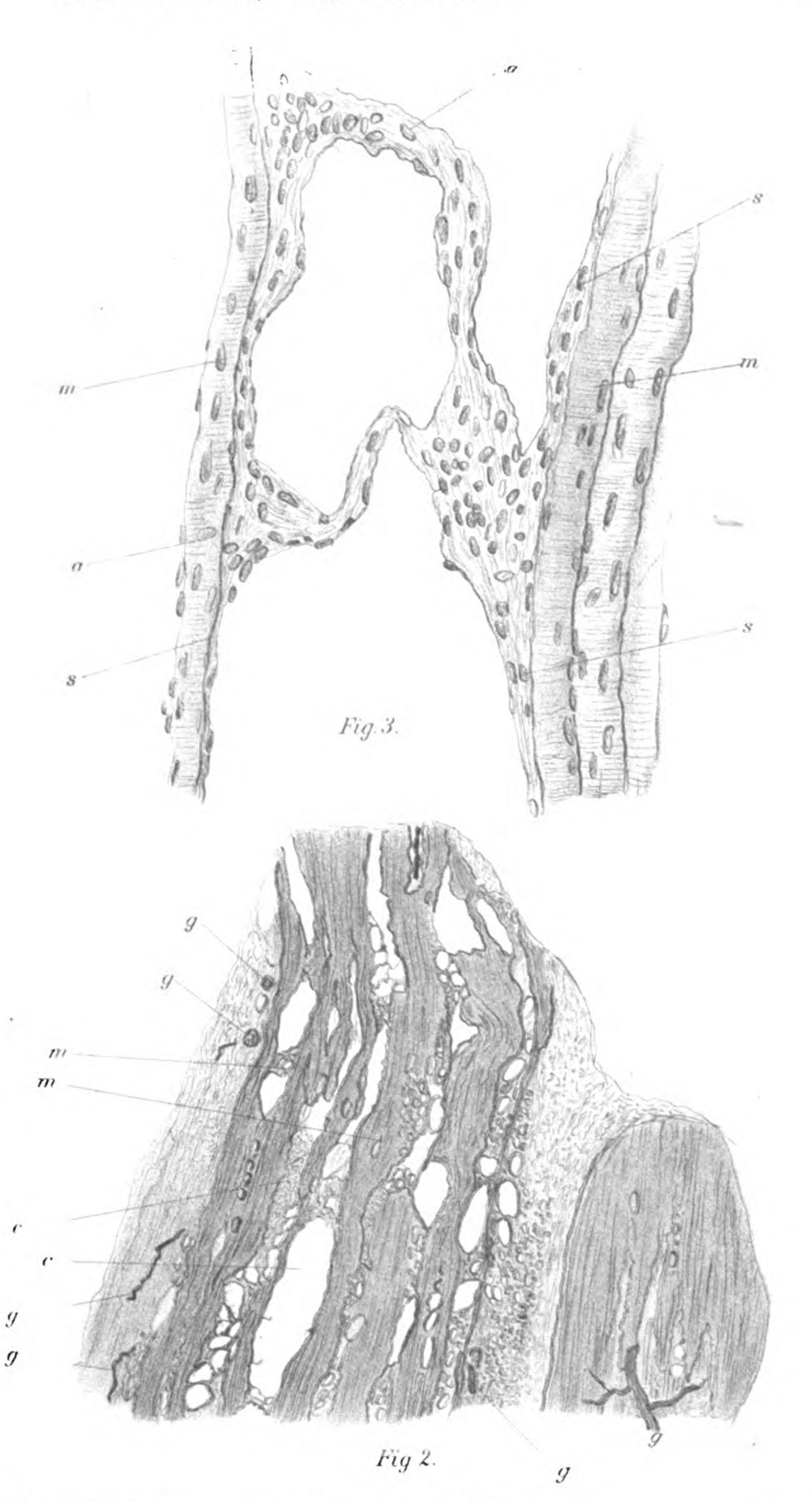


Fig. 3.

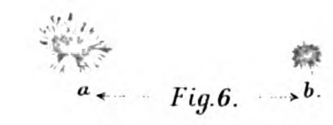
Fig 2.

Wolters: Locale Veränderungen nach intramuskul. Injection etc.

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4.



Fig. 5.



a ← Fig. 6. → b.

Waelsch: Multiple infectiose Hautgangrän

K. u. k. Hoflith. A. Haase, Prag

Fig. 1.



Ziegler: Alopecia congenita.



Fig. 2.

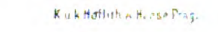
Ziegler: Alopecia congenita.

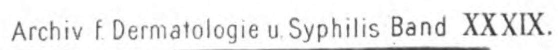
K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.





Ziegler: Alopecia congenita.





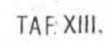



Fig. 1.

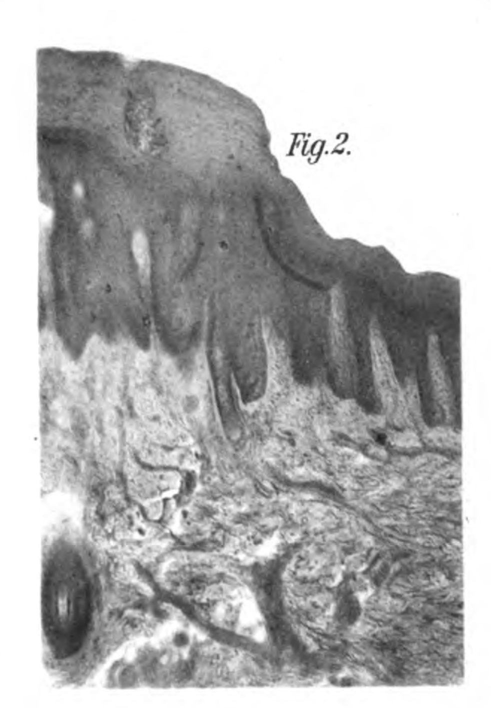
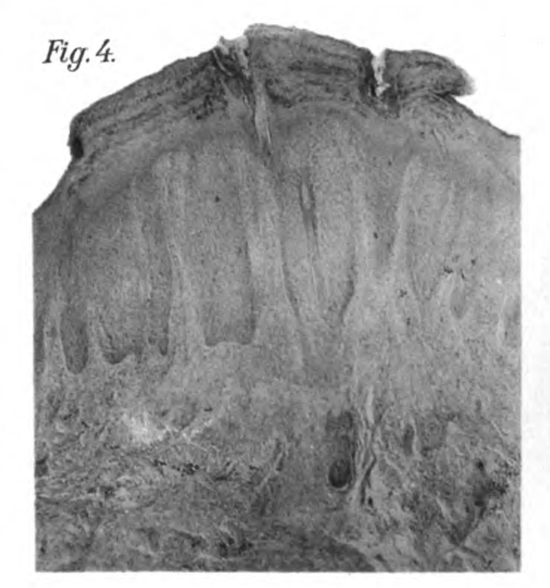
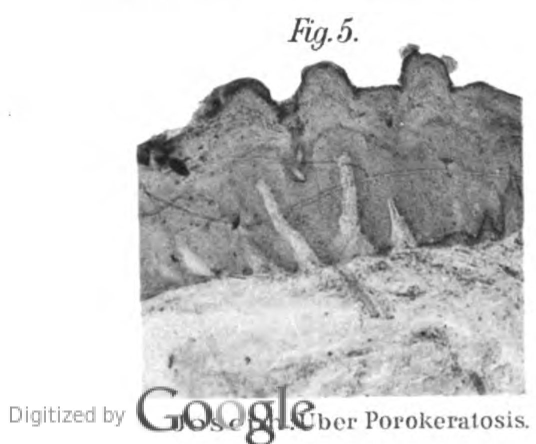
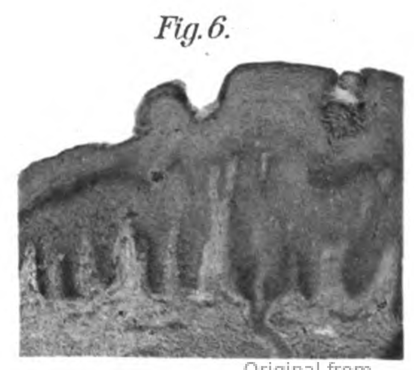

Fig. 2.


Fig. 3.


Fig. 4.


Fig. 5.


Fig. 6.

Über Porokeratosis.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

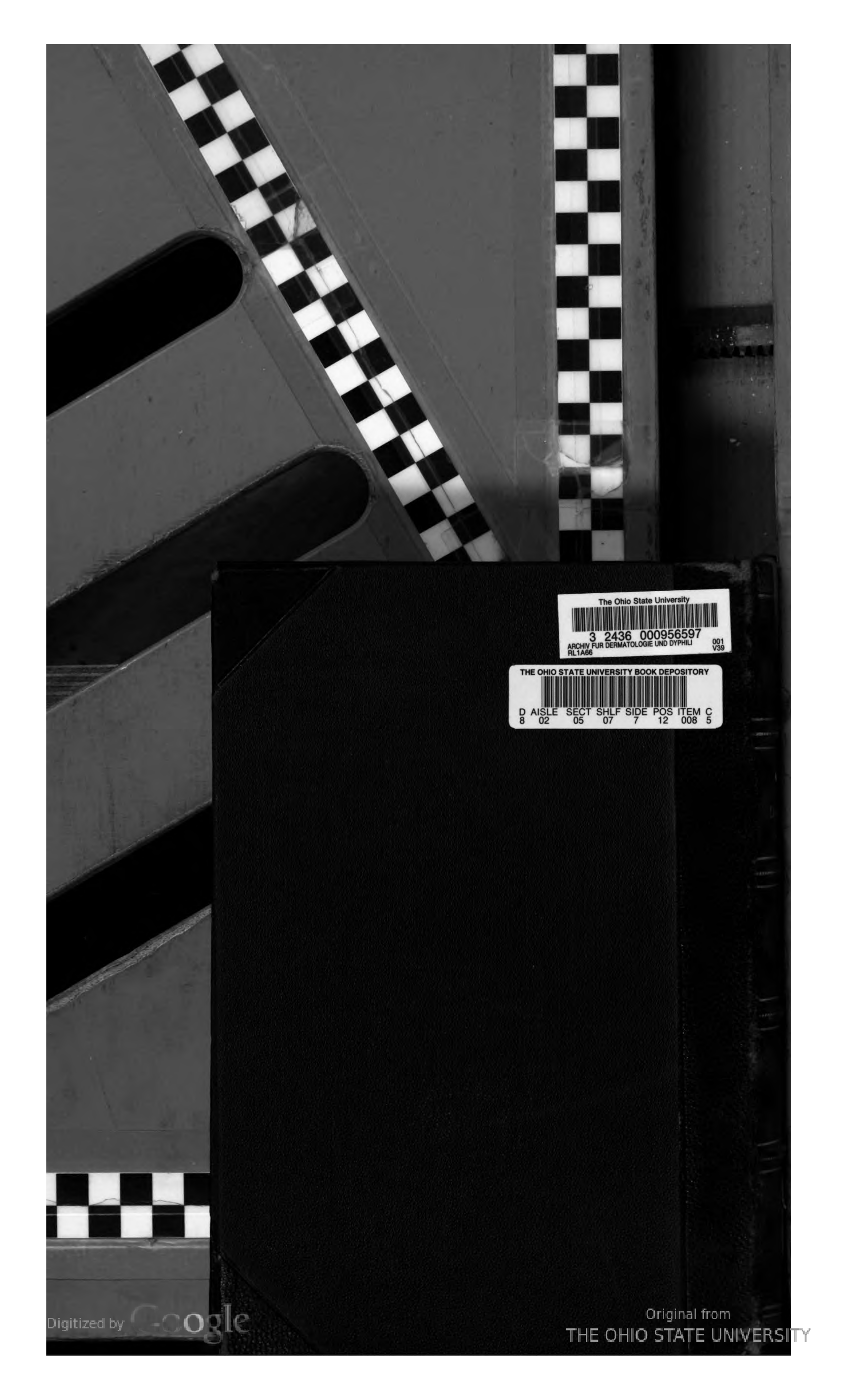
Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

Joseph: Über Porokeratosis.

K.u.k.Hoflith. A. Haase Prag.


The Ohio State University
3 2436 000956597
ARCHIV FUR DERMATOLOGIE UND DYPHILI
RL1A66
001
V39
THE OHIO STATE UNIVERSITY BOOK DEPOSITORY
D AISLE SECT SHLF SIDE POS ITEM C
8 02 05 07 7 12 008 5

